

Recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en secteur semi-rural dans le canton de Barentin : (MAREDIA, IDE, pharmaciens, diététiciennes, service SSR, consultations de proximité, service de diabétologie, service téléphonique)

Marie Landrin

▶ **To cite this version:**

Marie Landrin. Recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en secteur semi-rural dans le canton de Barentin : (MAREDIA, IDE, pharmaciens, diététiciennes, service SSR, consultations de proximité, service de diabétologie, service téléphonique). Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01482190

HAL Id: dumas-01482190

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482190

Submitted on 29 May 2017

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017 N°

THESE POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'état

PAR

LANDRIN Marie

NEE LE 27 Avril 1988 A Rouen (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 MARS 2017

Recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en secteur semi-rural dans le canton de Barentin.

(MAREDIA, IDE, pharmaciens, diététiciennes, service SSR, consultations de proximité, service de diabétologie, service téléphonique)

Président du Jury :	Monsieur le Professeur Gaétan PREVOST
Directrice de thèse :	Madame le Docteur Géraldine POULINGUE
Membre du Jury :	Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
	Monsieur le Professeur Jean DOUCET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique

Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Hanane **GASMI**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gaétan Prévost,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Docteur Géraldine Poulingue,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, merci pour ta générosité, ta disponibilité, et tout ce que tu as pu m'apprendre. Je tiens par cette thèse, à t'adresser mes plus sincères et amicaux remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean Loup Hermil et Professeur Jean Doucet,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse afin de juger mon travail et d'apporter votre expérience.

A Madame le Docteur Geneviève Ozenne,

Merci pour votre disponibilité et aux données transmises sur MAREDIA.

A Monsieur le Docteur Yann Poulingue,

Merci pour ton enseignement au quotidien, sur le plan médical mais aussi sur le plan humain. Merci pour ta confiance, ta disponibilité, ta générosité. Merci de m'avoir transmis ta passion d'exercer.

A Monsieur le Docteur Modou Diop et le Docteur Léonard Chansavang,

C'est un réel bonheur de travailler avec vous.

Au service de Médecine Polyvalente de Louviers,

Un accueil exceptionnel, une atmosphère de travail idéale, une équipe soudée...

Merci pour votre bonne humeur, et vos qualités professionnelles, c'est un immense plaisir de travailler avec vous au quotidien, ne changez rien !

A mes Co-internes exceptionnels de Gynécologie et Pédiatrie

Et tout particulièrement **merci à Camille** avec qui j'ai partagé d'intenses journées de travail, ma première réanimation, mes angoisses et mes fous rires.

A mes internes, Emma, Noémie, Alex,

Merci à vous pour ces 6 mois de travail et de soutien, je vous souhaite une bonne continuation.

A mes amis,

Ju', Ophélie, mini Pouce, Mon ti bouchon, Manue, Marion. Merci à tous les moments passés et à venir avec vous.

A mes parents et ma Sœur Margaux,

Vous qui n'avez jamais douté, vous qui m'apportez tant. Je vous remercie du fond du cœur.

A Aymeric,

Merci d'être toi, merci de tant m'apporter.

Merci de ta bonne humeur et ta joie de vivre au quotidien, merci de prendre soin de moi.

Peu importe de quoi sera fait notre avenir, l'importance est que l'amour continue à nous transporter

Merci à ma famille et ma belle-famille toujours présentes

A mes deux grands-mères :Colette et Irène , à Philippe, Mina, Charles , Bertrand, Bruno, Laure , ma Cousine, Jimmy , Julien, Aurélie, ma filleule , Sissi, Odile, Michel, Florian, Alex, Sylvia , mes deux loulous : Naele et Noam , Nabil , Noémie , Francis, Jacqueline , Pascale, Malik , Mathieu, Sadia, Leslie, Guillaume , Jules ,Arthur, Myriam, Maxime

A Mon grand-père à qui je dédie cette thèse,

Pour la transmission de tes valeurs, ton amour inconditionnel, mon admiration.

Même si tu n'es plus de ce monde, je sais que tu aurais été fière de moi.

Table des matières

REMERCIEMENTS 13
TABLE DES MATIERES 15
LISTE DES ABREVIATIONS 18
TABLE DES FIGURES 19
TABLE DES ANNEXES 20
PREAMBULE 21

I INTRODUCTION 22

1 LES DIFFERENTES PRATIQUES DE L'EDUCATION 22

2 L'HISTOIRE DE L'EDUCATION DU PATIENT DIABETIQUE… 23

3 VERS UNE EDUCATION REGLEMENTEE DITE « ETP » 24

4 UNE EFFICACITE DEMONTREE 27

5 LES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES 28

- LES HOPITAUX 28
- LES RESEAUX DE SANTE 28
- LES MEDECINS GENERALISTES 29
- LES INFIRMIERES LIBERALES 30
- LES PHARMACIENS 31

6 ET A BARENTIN…? 32

- LA MEDECINE GENERALE 34
- MAREDIA 35
- LES INFIRMIERES LIBERALES 36
- LES PHARMACIENS 36
- L'HOPITAL LOCAL 37
- LES ENDOCRINOLOGUES LIBERAUX 39
- LES DIETETICIENNES LIBERALES 39

II MATERIEL ET METHODE 40

1 UNE METHODE QUALITATIVE 40

2 LA POPULATION ETUDIEE 40

- SELECTION ET RECRUTEMENT 40
- CARACTERISTIQUE DES PARTICIPANTS 40
- CAUSES DE REFUS 41

3 LE RECUEIL DE DONNEES 41

- LES FOCUS GROUP 41
- CONDITIONS DE RECUEIL 41
- ELABORATION ET EVOLUTION DU GUIDE D'ENTRETIEN 42
- RETRANSCRIPTION 43

4 L'ANALYSE 43

- RETROACTION IMMEDIATE 43
- ANALYSE DES DONNEES 43
- SATURATION DES DONNEES 44
- ETHIQUE 44

IV LES RESULTATS 45

1 LA VISION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES 45

- LES OBJECTIFS DE L'ETP 45
- L'APPROCHE DE L'ETP PAR LES MEDECINS GENERALISTES 46
- QUESTIONNEMENT SUR L'EFFICACITE DE L'ETP 49

2 DES DIFFICULTES A REALISER L'EDUCATION DU PATIENT DIABETIQUE AU CABINET 49

- DES RECOMMANDATIONS NON ADAPTEES A LA MEDECINE GENERALE 49
- LES DIFFICULTES PROPRES AU MEDECIN TRAITANT 50
- DES DIFFICULTES LIEES AU PATIENT 51

3 LE RECOURS A MAREDIA 53

- LES ELEMENTS FAVORABLES AU RECOURS A MAREDIA 53
- LES FREINS A UTILISER MAREDIA 55

4 LE RECOURS AU MILIEU HOSPITALIER 57

- LES ARGUMENTS POUR RECOURIR AU MILIEU HOSPITALIER POUR L'ETP 57
- LES LIMITES A AVOIR RECOURS AU SERVICE HOSPITALIER 58
- COMPARATIVEMENT, DE MEILLEURES RELATIONS AVEC LES ENDOCRINOLOGUES LIBERAUX 60

5 LE RECOURS A L'IDE LIBERALE 60

- LES BENEFICES 60
- LES FREINS 61

6 LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LA COOPERATION 63

- LES NOMBREUX FREINS 63
- L'EVENTUEL ROLE DU PHARMACIEN VU PAR LE MEDECIN GENERALISTE 64

7 L'HOPITAL DE PROXIMITE : LE CH DE BARENTIN 66

- INTERET DU CH LOCAL DE BARENTIN DANS L'EDUCATION 66
- LES FREINS A AVOIR RECOURS AU CH DE BARENTIN 67

8 LA PLACE DES DIETETICIENNES 67

- LES BENEFICES 67
- LES FREINS 68

9 SOPHIA 68

10 LES PISTES ENVISAGEES POUR AMELIORER LA COORDINATION DES INTERVENANTS 69

V. DISCUSSION 71

1 FORCE ET FAIBLESSE DE NOTRE TRAVAIL 71

- UNE ETUDE QUALITATIVE POUR ECLAIRER LES DONNEES QUANTITATIVES EXISTANTES 71
- UN ECHANTILLON QUI RESTE DIVERSIFIE... 72
- LES BIAIS ET LES AVANTAGES INHERENTS A LA PROXIMITE. 73
- UNE METHODE D'ANALYSE PAR TRIANGULATION DES DONNEES 73

2 LA MEDECINE GENERALE ET L'ETP 74

- UNE IMPLICATION REVENDIQUEE ET LEGITIME... 74
- MAIS DES FREINS ET DES DIFFICULTES PRATIQUES... 77

3 EVALUATION DE LA COOPERATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES DE BARENTIN ET LES ACTEURS DE L'EDUCATION 84

- LE CHU DE ROUEN 84
- MAREDIA 85
- LE CH LOCAL DE BARENTIN 87
- LES PHARMACIENS 87
- LES INFIRMIERES LIBERALES 88
- LES DIETETICIENNES 89

4 LES PISTES D'AMELIORATION... 91

- LES ACTEURS EXISTENT MAIS DOIVENT S'ORGANISER EN RESEAU 91
- INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE 94
- A CHAQUE PATIENT, SA PRISE EN CHARGE... A CHAQUE TERRITOIRE SON RESEAU 96

CONCLUSION 100

ANNEXES 101

BIBLIOGRAPHIE 113

Liste des abréviations

ADA : American Diabetes Association

ADO : Anti Diabétique Oral

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicaments

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ASG : Auto Surveillance Glycémique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DU : Diplôme Universitaire

DT2 : Diabétique de type 2

EASD : European Association for the Study of *Diabetes*

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FG : Focus group

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et en Etudes Médicales

INPES : Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé

MAREDIA : Maison régionale du diabète

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieure

ROSP : Rémunération des Objectifs de Santé Publique

SSR : Soin de Suite et de Réadaptation

Table des figures

FIGURE 1 : Les niveaux de l'éducation 22

FIGURE 2 : Barentin et son canton 32

FIGURE 3 : La prévalence du diabète en Seine-Maritime 33

FIGURE 4 : Nombre de patients diabétiques de type 2 dans le canton de Barentin. 34

FIGURE 5 : Les caractéristiques des endocrinologues en Haute-Normandie 39

FIGURE 6 : Marguerite du CNGE 75

FIGURE 7 : Les objectifs ROSP du diabete 80

FIGURE 8 : Organisation de niveau d'ETP au sein du territoire 96

FIGURE 9 : Un maillage des differentes structures d'ETP 98

Table des annexes

ANNEXE 1 : Caractéristiques des médecins généralistes du canton de Barentin .102

ANNEXE 2 : Exemple de courriel d'invitation 103

ANNEXE 3 : Formulaire d'information et de consentement 104

ANNEXE 4 : Questionnaire de recueil des caractéristiques des participants 105

ANNEXE 5 : Caractéristiques des participants.....106

ANNEXE 6 : Grille d'entretien du focus group 1 /2 /3 108

ANNEXE 7 : Analyse longitudinale du focus group 1 109

ANNEXE 8 : Extrait du tableau d'analyse.....111

ANNEXE 9 : Questionnaire semi ouvert aux pharmaciens 112

Préambule

L'Organisation Mondiale de la Santé prévoit qu'en 2030, le diabète sera la 7ème cause de décès dans le monde (1). Sa prévalence en forte augmentation et la gravité de ses complications impactent fortement la qualité de vie de nos patients et induisent des enjeux médico-économiques majeurs.

Mon parcours universitaire a débuté par un stage en milieu hospitalier dans un service de médecine polyvalente dédié, en outre, à la diabétologie. Ici, le milieu hospitalier permet une facilité d'accès à différents professionnels de santé médicaux et paramédicaux. C'est d'une prise en charge très coordonnée et standardisée dont il s'agit, avec une coopération de multiples acteurs sur un temps et un lieu dédié.

Puis lors de mes stages en cabinet libéral, j'ai bien sûr pu mesurer le rôle essentiel du médecin généraliste dans la prise en charge de nos patients diabétiques. Néanmoins, en pratique, l'organisation est tout autre, avec ici des prises en charge moins standardisées mais plus individualisées.

En termes d'éducation thérapeutique, chacun des praticiens, puisqu'il en a une perception personnelle, adopte ses propres pratiques à son propre réseau.

Ainsi, la standardisation de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier et son individualisation en milieu libéral m'ont toutes deux menées au sujet de ce travail.

Bien entendu, celui-ci de par sa méthodologie, ne prétend pas être une analyse exhaustive de nos pratiques mais ne vise qu'à induire une réflexion sur nos méthodes et habitudes. Prise en charge hospitalière et ambulatoire ne seront bien sûr pas mises en opposition, mais, à l'inverse, envisagées comme complémentaires.

I Introduction

1 Les différentes pratiques de l'éducation

En 1997, Alain Deccache, professeur en éducation thérapeutique, définit les différentes pratiques d'éducation pour la santé (2) :

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien.

Le terme **d'Education du patient à sa maladie**, lui, est plus largement dirigé vers la vie avec une maladie, mais sans lien obligatoire avec le traitement. C'est l'acceptation du patient à son état dont il est question et la gestion de ses problèmes au quotidien.

Enfin, **l'Education pour la santé du patient** s'inscrit dans une démarche globale de promotion de la santé et n'est plus axée seulement sur la maladie. Son but est que le patient, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer lui-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

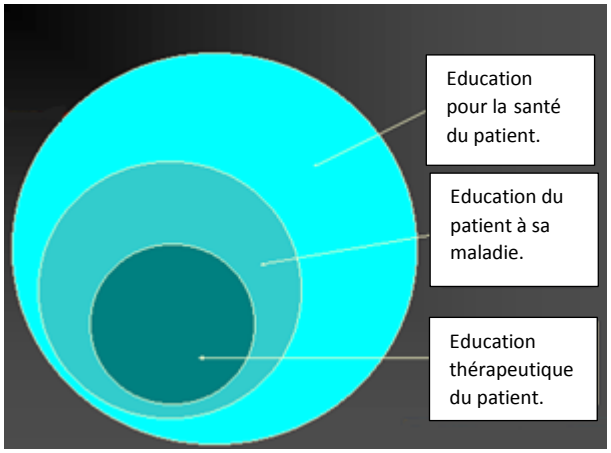


Figure 1 : Les niveaux de l'éducation
(Source : Fondements de l'éducation thérapeutique)

Finalement il semble difficile de préciser les limites du champ d'actions de l'ETP, qui en plus évolue selon le temps et les acteurs.

2 L'histoire de l'éducation du patient diabétique...

En 1921 l'insuline est découverte. C'est seulement 50 ans plus tard que l'on va transmettre un certain nombre de connaissances au patient pour en faire un partenaire de soin. Certes certaines démarches isolées, type manuels pour diabétiques furent envisagés mais le nombre d'informations transmises au malade restera faible jusqu'en 1972.

A cette date, le Dr Miller Leona, aux Etats Unis, démontre l'effet positif de l'éducation du patient diabétique. Elle va aider à Los Angeles, les patients issus de milieux défavorisés à contrôler leur diabète, et gagner en autonomie en consommant moins de médicaments (3).

En 1975, Jean Philippe ASSAL crée à Genève dans son service d'endocrinologie, une unité de traitement mais aussi d'enseignement du diabète (4).

Finalement en 1998, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) inscrit l'éducation thérapeutique comme faisant partie intégrante du traitement. Ainsi intégrée dans les soins, elle devient un processus continu de sensibilisation, d'information et d'apprentissage (5).

En France, l'éducation thérapeutique devient une priorité en matière de santé publique et intègre le parcours de soins français dans les années 2000. Elle est marquée par une succession de textes officiels, notamment la loi de mars 2002 dite la loi KOUCHNER, qui fixe à l'éducation thérapeutique du patient un cadre législatif en définissant, dans un décret, ces objectifs. Cette loi permet la création de L'Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé (INPES) dont l'une des missions est d'assurer le développement de l'ETP.

Plus récemment en avril 2007, l'ETP figure au cœur du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique et à celle de ces proches.

Les finalités de l'ETP se résument en deux points : acquisition par le patient de compétences d'auto soins (mettre en œuvre des modifications de son mode de vie, réaliser des gestes techniques de soins) et de compétences d'adaptation (se connaitre, avoir confiance en soi, développer un raisonnement, gérer ses émotions) (6).

En juin 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fait paraître un guide méthodologique pour la structuration des programmes d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques comme le diabète dont certaines parties servent de recommandations professionnelles (7).

En 2009, le projet de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) (8) (9) a pour but en outre de développer l'offre d'éducation thérapeutique en ambulatoire. Elle étend le principe des coopérations aux médecins généralistes, professionnels paramédicaux et aux pharmaciens tous impliqués dans les soins de premiers recours.

Toutes ces réorientations au fils du temps visent finalement l'autonomisation du patient ; L'ETP proprement dite étant alors soumise à de nombreuses réglementations.

3 Vers une éducation réglementée dite « ETP »

En 2004, le Docteur Jean François Ivernois et le Docteur Rémi Gagnayre (10) définissent l'ETP comme une démarche très structurée qui comprend 4 étapes bien définies:

-L'élaboration d'un diagnostic éducatif

-La création d'un contrat d'éducation

-La mise en œuvre d'un programme personnalisé avec les moyens pédagogiques.

-L'analyse des compétences acquises.

L'ETP doit prendre en considération de multiples critères, associant les domaines bio-cliniques, pédagogiques et psychosociaux et ce tout au long de la vie du patient.

En 2007, L'HAS (11) ajoutera à cette démarche structurée des critères de qualité. L'ETP doit :

- être **permanente,** présente tout au long de la chaîne de soins, intégrée à une stratégie globale de prise en charge, régulièrement évaluée et réajustée ;
- faire l'objet d'une **coordination** et d'un partage d'informations entre soignants
- être **accessible** à tous les patients, sans obligation d'adhérer à un programme particulier pour en bénéficier ;
- être ancrée dans **la relation soignant/soigné**, faire partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin, être fondée sur l'écoute du patient, sur l'adoption par le soignant d'**une posture éducative** ;
- être **centrée** sur le patient et non sur des contenus d'apprentissage ;
- s'appuyer sur **une évaluation partagée** de la situation ;
- se construire à partir d'une **approche globale**
- être officiellement **reconnue et valorisée** : mentionnée dans les recommandations professionnelles relatives aux différentes pathologies, financée dans le cadre des pratiques professionnelles et des activités de recherche, enseignée aux professionnels de santé en formation initiale et continue.

Le Haut Conseil de Santé publique considère qu'une éducation thérapeutique sera véritablement intégrée aux soins lorsqu'elle présentera toutes les caractéristiques décrites.

Enfin les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont formalisées. (Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.)

La loi HPST de 2009 (8) a permis de décomposer et différentier des modalités opérationnelles distinctes dont l'association équivaut à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Il s'agit de :

-Programme d'éducation thérapeutique du patient (Art. L .1161-2) : un ensemble d'actions structurées au sein de programmes reposant sur l'approche globale du patient. Les programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté (Arrêté du 02 août 2010).Ces programmes sont mis en œuvre après autorisation de l'ARS (Art. R.1161-4). Ils donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé du patient. Des autoévaluations annuelles et quadriennales sont prévues. Une évaluation de l'activité est demandée par l'ARS chaque année.

-Programmes d'apprentissage (Art. L.1161-5) qui ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament, d'un dispositif, ou d'une prise en charge. Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé et sont soumis à l'autorisation.

-Actions d'accompagnement (Art. L.1161-3) qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage dans la prise en charge de la maladie. Ces actions font partie de l'éducation thérapeutique mais sont distinctes des Programmes d'Education Thérapeutique du Patient. Les actions d'accompagnement ne sont pas soumises à l'autorisation ni à des sanctions pénales en cas de défaut d'autorisation, à la différence des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Elles sont menées en général par la sécurité sociale, les mutuelles ou les associations.

L'ETP est donc structurée, pluri professionnelle respectant un cahier des charges strict. Néanmoins, elle doit poursuivre à se développer en secteur hospitalier et ambulatoire puisqu'elle prouve maintenant son efficacité.

4 Une efficacité démontrée

De nombreux travaux ont été publiés dans le domaine de l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 :

*T*ous montrent une diminution de l'HbA1c variant de 0.3% à 1% (surtout en cas de déséquilibre important du diabète) mais cette diminution n'est pas toujours significative (Etude LOOK AHEAD (12)). Si elle semble moins efficace que les médicaments (0.5 à 1.5%) le rapport efficacité/effets indésirables plaide bien sûr pour sa mise en œuvre(13). Qui plus est, elle permet une diminution de la consommation médicamenteuse (Méta analyse Cochrane (14) et étude LOOK AHEAD (12)) et plus largement une diminution des coûts de prise en charge (Revue de la littérature de Boren et al (15)).

Si on compare l'ETP collective et l'ETP individuelle, il n'existe pas à notre connaissance de différence établie. Par contre le travail en équipe semble plus efficace. Ils ne semblent y avoir de différence suivant les professionnels concernés à condition qu'ils soient formés (13).
D'autres vertus sont répertoriées comme une efficacité sur des critères cognitivo-comportementaux, puisque l'ETP améliore les connaissances, la compréhension, et la qualité de vie des patients diabétiques au moins à court terme. Des essais récents suggèrent un impact positif sur la pratique de l'activité physique et la diététique. En revanche son intérêt dans l'auto surveillance glycémique n'est pas démontré.
Quoiqu'il en soit les modèles les plus efficaces reposent sur la participation active du patient et le travail en groupe (13).

Enfin, sur de long terme, ces effets vertueux n'ont pas été démontrés. On note toutefois que les interventions sur une longue période et des renforcements réguliers sont plus efficaces que des interventions ponctuelles.

Dans les recommandations de L'HAS, l'ETP doit être «multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle». Quels sont alors les acteurs de L'ETP ?

5 Les professionnels de santé impliqués

❖ Les hôpitaux

Dans le rapport présenté à Madame Bachelot en septembre 2008, l'hôpital est décrit comme un lieu d'élection de l'éducation thérapeutique du patient, grâce à la facilité d'accès, la pluridisciplinarité et la mise à disposition de fonds spécifiques. En effet, les programmes d'éducation thérapeutique, conformes aux réglementations de HAS, sont réalisés en majorité dans les établissements de Santé (16).

Une étude en 2012, menée en Ile de France montre que 70% de ces programmes sont réalisés en établissements et donc seulement 30% en ambulatoire (17).

Les appels à projets lancés en 2002, ont permis la concrétisation de programmes d'éducation thérapeutique dans les services hospitaliers. Les services de diabétologie, grâce à la mise en place de ces fonds spécifiques, ont formalisé le travail d'éducation mené en équipe pluri professionnelle. Les séquences éducatives sont réalisées sous forme de semaine ou de journées d'éducation (en hôpital de semaine ou de jour). Le milieu hospitalier bénéficie de financements dédiés uniquement aux activités éducatives structurées.

Parallèlement à cette prise en charge hospitalière, qui ne peut concerner qu'une partie des patients diabétiques, a été organisée avec les ARS en 2009, une ETP de proximité par la création des réseaux de Santé.

❖ Les réseaux de Santé

Les réseaux de santé ont pour missions d'aider les médecins généralistes et les équipes de premiers recours pour la prise en charge de situation complexe. Le but est de créer un service de proximité pour prendre en charge de manière précoce et mieux coordonner les patients entre le secteur libéral et l'hôpital. Ces réseaux permettent une prise en charge en ambulatoire. Ils sont financés par des dispositifs financiers innovants comme celui de la dotation nationale des réseaux (18). De nombreux réseaux de santé se sont développés sur le territoire, ayant chacun des thèmes différents, l'asthme, le diabète, les lombalgies. Les premiers réseaux de

diabète ont été créés à la fin des années 1990. MAREDIA est le réseau de diabète de la Haute Normandie.

Avec la loi HPST (8), les réseaux changent de posture au niveau territoriale. La loi HPST n'a pas supprimé les réseaux de santé mais elle introduit de nouvelles formes d'organisation (maisons et pôles de santé) et elle normalise les réseaux en les intégrant dans un dispositif plus large d'organisation territoriale, de coordinations des soins et de contractualisation. Un réseau de santé couvre le plus souvent un territoire assez large comme un département et cible une population particulière.
Les réseaux sont très souvent en lien étroit avec l'hôpital. Ils viennent en appui aux médecins généralistes. Leur but est de faciliter la coordination des soins sans se substituer aux acteurs de soins déjà en place.

❖ Les médecins généralistes

86% des patients diabétiques de type 2 sont suivis uniquement par leur médecin généraliste. Il est donc l'acteur essentiel à une bonne prise en charge (19).

Le haut conseil de la santé publique (20) en novembre 2009 publie un rapport concernant l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours :

-soit le médecin généraliste prescrit l'éducation thérapeutique et délègue cette activité à d'autres professionnels.

-soit le médecin généraliste initie ou réalise le bilan éducatif partagé puis oriente le patient vers des activités éducatives individuelles.

-soit il aménage des consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'éducation thérapeutique. La question du mode de rémunération est soulevée pour ce modèle ainsi que la formation du médecin.

-soit il anime également des séances collectives d'éducation thérapeutique dans le cadre de réseaux par exemple.

-soit il n'opère pas de distinction formelle entre ses activités de soins et d'éducation. Ce modèle intègre pleinement l'ETP aux soins mais nécessite une formation médicale adaptée et un emploi du temps spécifique.

Quoiqu'il est en soit des études publiées montrent que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante depuis quelques années de la pratique des médecins généralistes.

On peut citer l'enquête menée dans les départements de l'Indre et du Loiret en 2007 (21) où 97 % des médecins disent pratiquer l'éducation thérapeutique. Un autre travail mené dans la région de Dieppe en 2014 (22), montre que 54% des médecins déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique chez presque tous les patients et aucun médecin n'a répondu ne jamais la pratiquer. Néanmoins sont évoquées des difficultés pratiques et l'inadaptation des référentiels.

❖ Les infirmières libérales

L'infirmière pratique des soins et des actes sur prescription médicale. Elle intervient dès le début du diabète et dans le suivi par des prises de sang. Dans le cas des diabétique de type 2 équilibrés par ADO, ce seront les seules interventions qu'elles feront. Pour les patients sous insulinothérapie, les infirmières vont pratiquer les injections et l'auto surveillance glycémique (ASG) dans les débuts du traitement. Elle va éduquer le patient à ses actes d'auto surveillance et d'injection afin qu'il devienne autonome. En intervenant à domicile, elle va créer un relationnel et ainsi pouvoir détecter les possibles difficultés rencontrées, apprendre au patient à reconnaitre les signes hyperglycémie et hypoglycémie et d'agir en conséquence. Elles vont assurer également la prise en charge et la surveillance des plaies chroniques (23). Ces actions se font très souvent en étroite collaboration avec les médecins généralistes.

❖ Les pharmaciens

Non seulement, il est autorisé légalement à intégrer la coopération au sein du système de soins primaires mais il a aussi bien entendu des obligations déontologiques notamment dans l'éducation à la santé.
Les rôles du pharmacien décrits dans le code de santé publique (24) sont divers et ne se limitent pas à la dispensation des médicaments. Ainsi, ils doivent pratiquer l'éducation à la santé et permettre au patient de mieux appréhender sa pathologie et ses traitements. Ils s'impliquent à promouvoir le bon usage des médicaments ainsi que surveiller l'observance. Ils encadrent le patient à l'auto surveillance et orientent le patient en cas de difficultés.

Chacune de ces organisations figure sur le territoire que nous avons choisi pour notre travail, c'est-à-dire Barentin et son canton. Il convient à présent de décrire plus en avant ce secteur qui, finalement, à plusieurs titres, peut ressembler à beaucoup d'autres.

6 Et à Barentin...?

Le canton de Barentin est formé de communes des anciens cantons de Duclair (17 communes) et de Pavilly (4 communes) (*cf.* Figure *2*). Il est entièrement inclus dans l'arrondissement de Rouen. Il est composé de vingt et une communes.

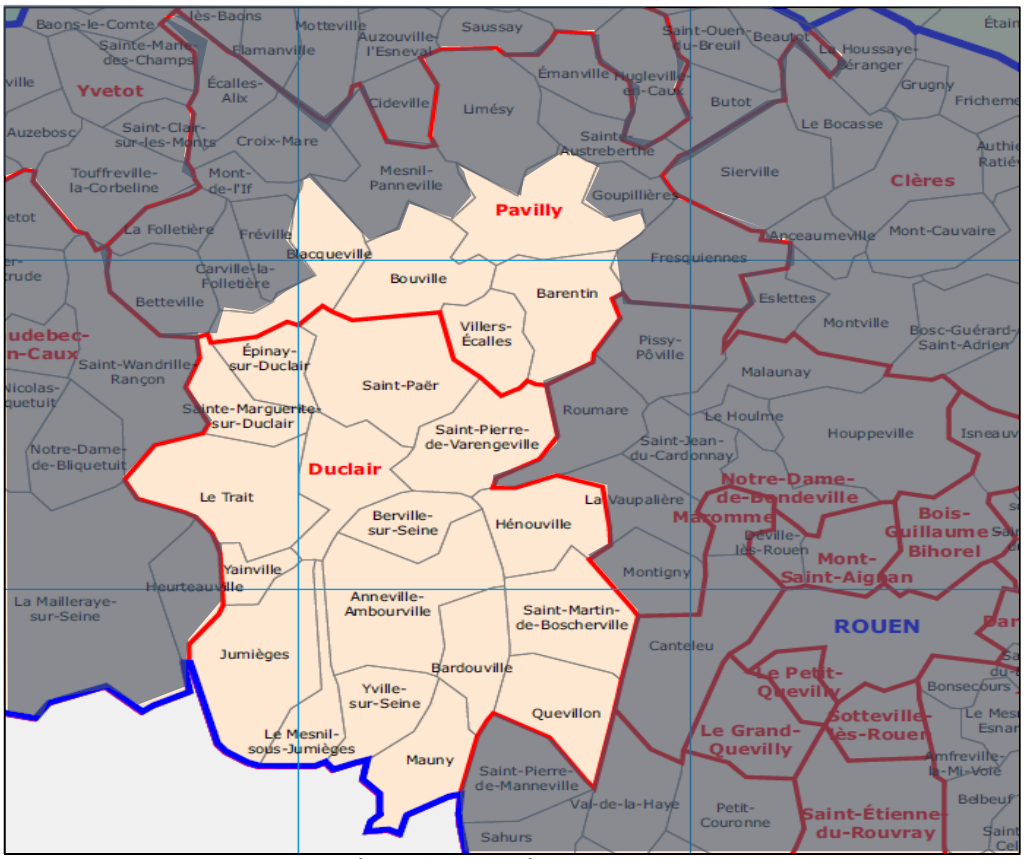


Figure 2 : Barentin et son canton
(Source : INSEE Haute-Normandie)

Le canton de Barentin: *Pavilly, Anneville-Ambourville, Bardouville, Berville-sur-Seine, Blacqueville, Bouville, Duclair, Epinay-sur-Duclair, Hénouville, Jumièges, Le Mesnil Sous Jumièges, Le Trait, Mauny, Quevillon, Saint-Martin-De Boscherville, Saint-Paer, Saint-Pierre-De-Varengeville, Sainte-Marguerite -Sur-Duclair, Villers-Ecalles-Yainville, Yville-Sur-Seine.*

Barentin est composé de 54 702 habitants. La population y est relativement jeune puisque 20% ont moins de 15 ans et 7.1% plus de 75 ans.

La croissance démographique sera stable durant les cinq prochaines années avec une croissance estimée à 0.9% entre 2011 et 2022 selon l'Insee (25).

Comme ailleurs, le vieillissement de la population est sans doute le facteur le plus important de demande de soins de proximité.

Sur le plan socioéconomique le canton est comparable à l'ensemble de la Haute Normandie sinon une proportion plus faible d'agriculteurs et de CMU complémentaires. Les revenus fiscaux par ménages sont dans la moyenne de la Haute-Normandie (26).

Selon les chiffres de la CPAM de 2015, (*cf.* Figure 3 et Figure 4), on récence 2334 patients diabétique de type 2 dans notre secteur ; Soit une prévalence estimée entre 4,8 et 5,5%. Une prévalence plus élevée (située au 3ème rang sur 4) par rapport à l'ensemble des territoires de la Seine Maritime mais comparable à celle de la France (5% en 2015).

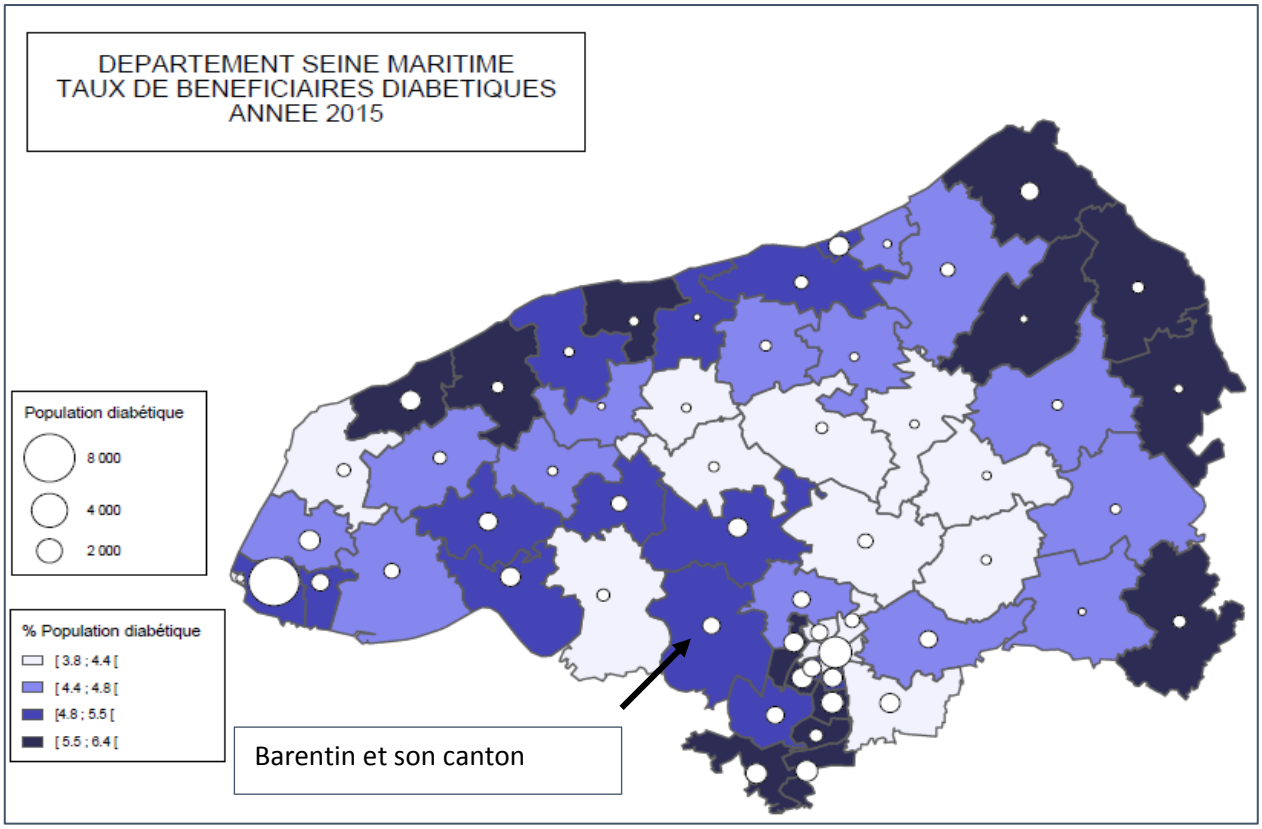


Figure 3 : La prévalence du diabète en Seine-Maritime
(Source : ERASME – CPAM Rouen Elbeuf Dieppe)

Nom commune	Nombre de patients DNID
ANNEVILLE AMBOURVILLE	60
BARDOUVILLE	28
BARENTIN	609
BERVILLE-SUR-SEINE	27
BLACQUEVILLE	21
BOUVILLE	43
DUCLAIR	186
EPINAY-SUR-DUCLAIR	20
HENOUVILLE	49
JUMIEGES	67
MAUNY	3
LE MESNIL-SOUS-JUMIEGES	24
PAVILLY	400
QUEVILLON	24
STE MARGUERITE SUR DUCLAIR	62
ST MARTIN DE BOSCHERVILLE	52
SAINT-PAER	63
ST PIERRE DE VARENGEVILLE	130
LE TRAIT	311
VILLERS ECALLES	78
YAINVILLE	58
YVILLE-SUR-SEINE	19
Total	**2334**

Figure 4 : Nombre de patients diabétiques de type 2 dans le canton de Barentin.
(*Source : Données de la CPAM de Caen 2015)*

Barentin et son canton sont composés de territoire semi ruraux et ruraux où l'accès aux soins n'est pas aussi direct que dans des plus grandes agglomérations environnantes comme Rouen, Evreux, Elbeuf. Néanmoins, l'ensemble des professionnels de santé y sont représentés avec l'accès à un hôpital local de proximité proposant ainsi à la population de Barentin une offre de soins diversifiés.

❖ La médecine générale

En 2015, selon les chiffres de la CPAM, on recense 50 médecins généralistes sur le secteur de Barentin et son Canton (*cf*. ANNEXE 1) ce qui correspond à une densité médicale de 8.2 pour 100000 habitants selon L'Insee (27), pour une densité moyenne de 7.1 en Haute Normandie. Néanmoins la Haute Normandie fait partie des régions les moins bien dotée en médecins généralistes, puisqu'elle se situe au 17eme rang sur les 22 régions.

Dans ce secteur, plus de 30% de médecins ont plus de 55 ans. Hors en Haute Normandie, l'âge moyen de départ en retraite est de 65,5 ans. On attend donc d'ici dix ans des difficultés démographiques croissantes. Il faudrait, en effet, 19 nouveaux médecins pour maintenir le même niveau de densité médicale qu'en 2013.

En ce sens, la création récente d'un poste d'interne en médecine générale au sein du centre hospitalier de Barentin en partenariat avec le département universitaire de médecine générale de la faculté de Rouen, ne peut être qu'un atout pour valoriser ce territoire et envisager de nouvelles installations.

Outre les effectifs, les modes d'exercice des jeunes médecins font évoluer l'offre de soins avec une orientation plus fréquente vers l'exercice à temps partiel et vers le salariat.

A la rentrée 2015, 111 postes d'internes en médecine générale étaient ouverts en Haute-Normandie. Globalement 30% de ces praticiens exerceront une activité salariée ou mixte, 70% exerceront une activité libérale et parmi eux on estime que 25% quitteront la région (27).

Ces facteurs sont à l'origine d'un changement de la pratique médicale.

❖ MAREDIA

Il existe 3 antennes locales : MAREDIA 76 - MAREDIA ESTUAIRE LE HAVRE - MAREDIA 27 se situant respectivement à Rouen, Le Havre et Evreux avec différents lieux d'ateliers intervenant au plus près de la population.

MAREDIA 76 comprend, elle, 5 antennes délocalisées : ELBEUF, BOURG – ACHARD, YVETOT, DIEPPE et BARENTIN depuis 2013 avec 1 atelier/mensuel au sein de l'hôpital local.

Le nombre de patients ayant adhéré depuis le début de l'activité conventionnée du réseau se porte à la fin 2015 à 3796 patients dont 1771 patients sur MAREDIA 76. En 2016, 19 personnes ont participé aux ateliers de Barentin.

❖ Les infirmières libérales

En 2013, selon l'INSEE (27), plus de 1400 infirmiers libéraux exercent leur activité en Haute Normandie. Leur effectif a très fortement augmenté puisqu'on compte 420 infirmiers supplémentaires entre 2006-2013 soit +41%.

En 2013, sur le secteur de Barentin on compte 38 infirmiers (contre 28 en 2006) soit une augmentation de 26%. Néanmoins cette évolution démographique positive doit être nuancée par le vieillissement de la population et des soins croissants inhérents.

A ce jour, aucune infirmière n'est formée spécifiquement à l'ETP d'après l'URPS sur le secteur de Barentin. Depuis, l'introduction d'un module ETP dans la formation initiale des IDE, en 2009, on espère à l'avenir un rôle croissant de ces professionnels (28).

❖ Les pharmaciens

On récence 17 pharmacies dont 5 officines à Barentin qui regroupent 43 professionnels (29).

Pour compléter notre travail, et au vu d'un manque de données, nous avons organisé une rencontre réunissant les pharmaciens, l'hôpital et sa Pharmacie à Usage intérieur (PUI). Le but était de mesurer leur point de vue sur la coordination interprofessionnelle concernant l'ETP.

Six de nos confères, se sont présentés et ont répondu à un questionnaire individuel (*cf.* ANNEXE 9). Dont voici le résumé des résultats :

- Tous pratiquent l'ETP.
- Tous évoquent le manque de temps, l'absence de rémunération et les difficultés de partage d'informations avec le généraliste.
- Cinq pharmaciens pensent être assez formés pour pratiquer l'ETP.

- Tous notent que très peu de patients ont un Dossier Médical Partagé (DMP) ouvert avec des difficultés au consentement d'ouverture malgré des explications qu'ils fournissent au patient.

Ce constat est en opposition avec celui de l'ordre des pharmaciens qui indique que 100% des officines sont connectées au DMP.

- Enfin, l'optimisation de la coopération médecins-pharmaciens est revendiquée. Les outils proposés étant :
    - ✓ la création de maisons et pôles de santé (5 pharmaciens sur 6)
    - ✓ l'accès et l'activation au DMP (4 pharmaciens sur 6)
    - ✓ des soirées médicales communes (5 pharmaciens sur 6).

❖ L'hôpital local

Le Centre Hospitalier de Barentin est un établissement public de santé composé d'un pôle sanitaire disposant de 50 Lits de soins de suite et réadaptation (SSR), de consultations de médecine polyvalente, gynécologique, CSAPA, gériatrique, et d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI).

L'hôpital de Barentin ne possède pas d'autorisation pour mettre en place un véritable programmes d'ETP suivant un cahier des charges strict mais des actions éducatives sont menées au sein des consultations de médecine polyvalente et de l'unité de soins de suite et de réadaptation.

D'après les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (**PMSI**), en 2015, nous observons au sein du SSR de Barentin, que 118 séjours sur 459 ont au moins un code diabète (soit 26%).

Ces patients diabétiques proviennent en majorité des services de Médecine et Chirurgie (soit 77%). Les 23 % restant sont adressés par les médecins traitants en entrée directe.

Les motifs d'admissions en lien avec le diabète sont principalement son déséquilibre, les suites d'amputation et de revascularisations et les maux perforants plantaires. Lorsque le diabète n'est pas le motif principal d'admission, il est néanmoins pris en compte dans la prise en charge globale du patient.

L’équipe soignante est pluri disciplinaire se composant de :

- ✓ 2.5 médecins équivalent temps plein dont un ayant un DU en diabétologie
- ✓ 0.5 diététicienne équivalent temps plein
- ✓ 2.5 kinésithérapeutes équivalents temps plein
- ✓ 0.8 psychologue équivalent temps plein.
- ✓ 0.4 équivalent temps plein d’ergothérapeute

Les actions éducatives autour du diabète sont assurées par les IDE et la diététicienne. L’équipe est sensibilisée à la prise en charge du patient diabétique au travers de formations internes régulières. Cette équipe soignante de petite taille, permet l’instauration d’une relation de confiance et un sentiment de sécurité pour le patient.

Le SSR propose une prise en charge individualisée du patient grâce à la mise en place d’un projet personnalisé incluant des objectifs médicaux, sociaux, nutritionnels, psychologiques et de rééducations pour chaque patient entrant. L’éducation est un objectif à part entière dans ce projet personnalisé. Le patient est impliqué dans l’élaboration de ce projet et son consentement est recueilli.

L’hôpital propose également des consultations de médecine polyvalente dédiées en outre à la prise en charge des patients diabétiques. Actuellement il s’agit essentiellement de consultations post-hospitalisation.
Cette consultation donne accès à une diététicienne ayant eu une expérience professionnelle à MAREDIA.

Cette offre de soins de proximité ne se substitue pas à une prise en charge spécialisée. Les patients relevant de programmes spécifiques sont orientés vers les centres de référence.

❖ Les endocrinologues libéraux

Sur le secteur de la Haute Normandie, on récence 34 endocrinologues libéraux. Seulement 23% exercent une activité libérale stricte avec une densité moyenne de 1,8 pour 100000 habitants contre une densité nationale de 2,6 pour 100000. La Haute Normandie se voit ainsi sous dotée.

Dans notre secteur, on ne récence aucun endocrinologue; les plus accessibles étant situés dans le secteur de Rouen, Bois Guillaume et Mesnil-Esnard soit à une vingtaine de kilomètre de Barentin.

HAUTE-NORMANDIE			
	HAUTE-NORMANDIE	EURE	SEINE-MARITIME
Effectifs			
Hommes	**5**	0	5
Femmes	**29**	4	25
Total	**34**	4	30
Mode d'exercice			
Salariés	**64,7 %**	75,0 %	63,3 %
Libéraux	**23,5 %**	0,0 %	26,7 %
Mixtes	**11,8 %**	25,0 %	10,0 %
Taux de remplaçants non retraités	**2,9 %**	0,0 %	3,2 %
Densité			
Pour 100 000 habitants	**1,8**	0,7	2,3
Evolution			
Variation 2007-2016	**78,9 %**	100,0 %	76,5 %
Var. taux de salariat 2007-2016	**11,8 %**	50,0 %	7,7 %
Var. taux de féminisation 2007-2016	**15,8 %**	0,0 %	18,1 %
Profil démographique			
Part des 60 ans et plus	**2,9 %**	0,0 %	3,3 %
Part des moins de 40 ans	**38,2 %**	50,0 %	36,7 %
Age moyen	**44**	46	44
Part de retraités actifs	**0,0 %**	0,0 %	0,0 %

Figure 5 : Les caractéristiques des endocrinologues en Haute-Normandie.
(Source: société française endocrinologie)

❖ Les diététiciennes libérales

La diététicienne est un professionnel de la santé expert en nutrition et alimentation. Elle collabore avec les autres professionnels de santé (médecins, infirmiers, rééducateurs). Elle apporte des compétences scientifiques et techniques pour délivrer des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, dispenser des soins diététiques individualisés avec une éducation nutritionnelle optimale.

Les diététiciennes sont au nombre de 4 sur notre secteur de travail dont une est formée à l'ETP.

II Matériel et méthode

1 Une méthode qualitative

La méthode utilisée afin de mener ce travail est une enquête de terrain, qualitative, utilisant des entretiens de groupe.

La méthode qualitative permet une démarche compréhensive du discours, des comportements et des motivations. Elle sert à appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis des pratiques. Elle fait aussi émerger de nouvelles idées et confronte des propositions théoriques à la pratique.

Nous avons choisi de mener des entretiens de groupe (=focus group) semi-dirigés. Cette méthode favorise l'expression des participants. La dynamique du groupe permet d'explorer les différents points de vue par la discussion. Par ailleurs, l'entretien collectif contrairement à l'entretien individuel peut parfois donner plus de poids aux critiques.

2 La population étudiée

❖ Sélection et recrutement

Nous avons recruté des médecins généralistes exerçant en soins primaires dans le canton de Barentin. Les médecins étaient sollicités initialement par prospection téléphonique ou courriel (*cf* ANNEXE 2). Nous avons également présenté notre travail lors d'une soirée de formation médicale continue des médecins généralistes du secteur, ce qui fut d'une grande aide pour recueillir des accords de principe.

❖ Caractéristique des participants

Les caractéristiques des participants étaient recueillies de manière anonyme en début d'entretien selon un questionnaire pré établi (*cf*. ANNEXE 4). Nous avons interrogé 15 médecins généralistes. Leurs caractéristiques figurent en ANNEXE 5.

❖ Causes de refus

Au total quarante-cinq médecins ont été invités, 19 ont répondu présents et quatre médecins ont annulé au dernier moment pour des raisons personnelles. Soit un taux de participation de 33%.
Les principales causes de refus étaient :

- Une indisponibilité
- Peu de patients diabétiques de type 2 dans leur patientèle

3 Le recueil de données

❖ Les Focus Group

Nous avons réalisé des entretiens collectifs semi structurés avec une animatrice (moi-même), en présence d'une observatrice, le Docteur Géraldine Poulingue, chef du service SSR.

Le but de cette technique d'entretien était la collecte d'un maximum d'idées sur un nombre limité de questions définies à l'avance. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu. Cette méthode a permis l'émergence d'idées grâce aux échanges et à la confrontation des conceptions des uns et des autres.

❖ Conditions de recueil

Trois focus group ont été réalisés avec respectivement 7, 4 et 4 médecins, tous animés par la même animatrice. L'observatrice notait les idées clés sur un paperboard et prenait des notes sur les aspects non verbaux (gestuel, expression de visage, hésitations, tons, rires, silences) et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

Les focus group se sont déroulés le 16 juin, le 23 juin et le 6 décembre 2016. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphones après l'accord des participants. Ils se sont déroulés à l'hôpital de Barentin dans une salle permettant des réunions en groupe. L'agencement des tables en U a permis une atmosphère propice aux discussions et aux échanges. L'hôpital situé au cœur de la ville de Barentin permettait une facilité d'accès.
Les entretiens d'une durée de 1h30 à 2h se sont déroulés selon un scénario similaire :

-Accueil des participants
-Présentations de l'animatrice et de l'observatrice
-Enoncé des questions
-Echanges des participants
-Remerciements

❖ Elaboration et évolution du guide d'entretien

Le guide a été élaboré pour connaitre les objectifs d'éducation du patient diabétique de type 2 par les médecins généralistes et leurs difficultés à sa réalisation. Nous avons recensé les motifs de recours ou de non recours aux différents acteurs d'éducation. Enfin, nous souhaitions recueillir des pistes d'amélioration de la coordination entre ces différents acteurs.

Le guide a été réalisé en posant 9 questions ouvertes et courtes permettant les échanges. Des questions de relance ont été pré établies pour relancer la discussion et explorer de nouvelles idées (*cf.* ANNEXE 6).

Le guide a évolué d'un focus group à l'autre. En effet au terme du premier focus group, nous avons recensé les thèmes qui se dégageaient et les difficultés à obtenir certaines réponses. Ceci a permis d'améliorer la formulation des questions pour le deuxième et troisième focus group et de collecter de meilleures informations.

❖ Retranscription

Chaque focus group a été retranscrit sur un fichier Excel, mot pour mot, et les messages non verbaux (hésitations, répétitions, rires, tons, silences) sont notés. Une retranscription a été réalisée par l'animatrice et l'observatrice. Chaque retranscription a été relue avec une réécoute de l'entretien.

Nous avons respecté l'anonymat de chaque médecin en attribuant un numéro arbitraire à chaque focus group et chaque médecin.
Ces derniers étaient identifiés par ordre d'intervention.

Exemple : le premier médecin à prendre la parole dans le premier focus group était noté FG1P1.

La retranscription du verbatim a duré entre 8 à 16 heures par focus group.

4 L'analyse

❖ Rétroaction immédiate

A la fin de chaque focus group, les idées clés notés sur le paperboard ont été relues et validées par les participants. *(cf.* ANNEXE 7)
Le but étant de vérifier que les idées relevées correspondaient bien à ce qui avait été dit et ainsi s'assurer de l'exhaustivité du recueil.

❖ Analyse des données

Nous avons utilisé l'analyse dite de la «table longue». Il s'agissait de regrouper les paroles des participants («verbatim») par sous thèmes («occurrence») puis par grand concept («dimensions») qui se sont définis grâce au guide d'entretien.

Nous avons donc réalisé un codage axial du verbatim (compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien) afin d'identifier les grandes idées. Un verbatim peut contenir plusieurs idées donc plusieurs codes.

Les codes ont été analysés transversalement afin de les regrouper sous forme de thèmes plus généraux ou sous catégories, regroupés eux-mêmes en catégorie à l'aide du logiciel Microsoft office Excel (*cf.* ANNEXE 8)
Deux codages ont été fait par deux personnes différentes et mis en commun.

❖ Saturation des données

Le nombre d'entretiens n'était pas fixé par avance mais dépendait de la saturation des données. Dès le troisième focus group, il y a eu peu d'idées nouvelles par rapport aux deux premiers groupes. Les caractéristiques des participants se sont avérées diversifiées. La saturation des données a donc été atteinte.

❖ Ethique

Le consentement des participants a été recueilli oralement et par écrit via un formulaire de consentement (*cf.* ANNEXE 3).

L'anonymisation des participants a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

IV Les résultats

L'étude a permis de dégager 3 grands axes :

- La vision de l'éducation du patient diabétique de type 2 par les médecins généralistes et les difficultés à la réaliser en cabinet.
- Les différentes formes de coopérations inter professionnelles dans les actions d'éducation.
- Des pistes afin d'améliorer les coopérations interprofessionnelles.

1 La vision de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes

❖ Les objectifs de l'ETP

- Autonomisation du patient
  - Il faut rendre le patient actif dans sa prise en charge
  - L'idée de « l'empowerment» : donner du pouvoir sur la maladie.
  - Modification des habitudes de vie en particulier concernant l'alimentaire et l'activité physique.
- Prévention des complications du diabète
- Améliorer sa qualité de vie
- Déculpabiliser le patient, dédramatiser la maladie chronique
- Poids de l'équilibre glycémique (l'HbA1c)
  - L'amélioration de l'équilibre glycémique est un objectif de l'ETP mais l'HbA1c ne doit pas être un élément coercitif.

Autonomisation du patient

«Éduquer son patient, il ne faut pas le prendre au sens de la définition usuelle, ce n'est pas une conception de descendance «maitre à élève» mais le mot éduquer vient du latin « Educare » qui signifie autonomiser le patient ». FG1P5

«Il faut faire la différence entre savoir et savoir-faire et comprendre, parfois les patient se font une idée du diabète, mais est ce qu'ils ont véritable compris, on a tous des aprioris, de fausses idées » FG1P4

«Pour peu qu'on s'y intéresse et qu'on admette de changer sa manière de vivre, de revoir son alimentation et de pratiquer une activité physique, le diabète est une maladie chronique avec laquelle on peut vivre longtemps, il doit être acteur.»FG1P5

« Le rendre autonome dans sa maladie » FG3P2

« Il faut rendre le patient acteur dans sa maladie » FG3P1

Prévention des complications du diabète

« Il faut le préserver des complications du diabète, notamment la vue et les reins » FG1P2

« Il faut leur expliquer l'importance du suivi et s'ils connaissent dès le départ les risques des complications, les différents intervenants de la prise en charge »FG2P1

Amélioration de la qualité de vie du patient

« L'objectif ne doit pas être entièrement ciblé sur HbA1c, l'objectif est qu'il aille mieux, qu'il vive le mieux possible avec sa maladie »FG1P3

Déculpabiliser, dédramatiser

« Quand on dit diabète, il pense à insuline, amputation, hospitalisation, il faut dédramatiser, et leur expliquer »FG1P4

« Rassurer le patient, lui dire que ce n'est pas de sa faute s'il est diabétique, on est là pour l'aider, et que de temps en temps s'il veut manger un petit gâteau, pourquoi pas, ce n'est pas ça qui va déséquilibrer le diabète, le diabète est une maladie chronique, il faut éviter les écarts en permanence. »FG1P3

Poids de l'équilibre glycémique (HbA1c)

« L'HbA1c fait partie du tableau de bord du diabète, il faut que le patient comprenne ce que c'est. Dès lors qu'il sait, ça l'implique davantage. Il ne faut pas que ça devienne une obsession mais pour eux comme pour nous c'est un indicateur d'efficacité sans que cela devienne coercitif. On n'est pas là pour leur dire ce n'est pas bien mais plutôt c'est pas mal, on doit s'en servir pour les encourager »FG1P5

« L' HbA1c c'est un moyen pour travailler, savoir où ils en sont, on sait très bien que certains patients n'auront jamais une HbA1c inférieur à 8% » FG1P3

« L'HbA1c, on l'aborde que quand le patient a compris sa maladie »FG3P2

❖ L'approche de l'ETP par les médecins généralistes

- Une approche globale et individualisée :
  - Prendre en compte l'environnement du patient, son âge, son degré d'autonomie, son métier, ses besoins, et ses conditions socio-culturelles.
  - Prise en charge personnalisée au patient
  - Individualiser les objectifs
- Une démarche permanente, inscrite dans le temps :
  - Avancer au rythme du patient.
  - Il faut répéter les actions éducations.
  - Une démarche continue

- Un partenariat soignant-soigné :
  - Place de l'échange et de l'écoute du patient dans l'obtention des objectifs.
  - Le médecin ne doit plus être seul à prendre les décisions, il doit se mettre à l'écoute du patient permettant une relation duale.
- Mais une transmission de Savoir encore bien présente :
  - Les informations, conseils et explications données au cours des consultations font partie intégrante de l'éducation du patient.
  - Mais une image paternaliste du médecin généraliste encore bien présente : utilisation de termes directifs au cours des entretiens.
- Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge :
  - Les médecins généralistes souhaitent rester le coordinateur de cette ETP
  - La plupart reconnaissent le bénéfice de confier l'ETP à d'autres professionnels, même si quelques avis divergent.
  - En pratique, le recours aux autres professionnels reste limité

Approche globale et individualisée

« Je suis d'accord sur l'alimentation, mais il faut s'intéressé au patient, son travail, ses loisirs, sa culture, ses horaires décalées et lui proposer un protocole qu'il acceptera »FG1P1

« Le problème des réseaux et de l'hôpital, la prise en charge est collective et ne permet pas de s'adapter au mode de vie, à la personnalité de chaque patient, elle n'est pas individualisée » FG3P3

« La véritable question de base, connait-on vraiment nos patients, est-ce qu'on s'intéresse à leur métier, leur travail, parce que il y a des métiers à risque les boulangers pâtissiers ou encore ceux qui travaillent à Ferrero, il faut s'adapter et être vigilant pour chaque patient »FG1P3

« Il faut prendre en compte l'individu lui-même, on s'adaptera à lui en fonction de l'âge et son autonomie. Les objectif ne sont pas les même en fonction de l'âge, l'alimentation n'est pas la même non plus. Il faut partir de ce qu'ils savent et s'adapter à eux »FG2P1

« On a tendance à en faire trop, nous médecins, il faut d'adapter au rythme du patient, utiliser des mots simples et voir ce qu'il a retenu »FG3P1

Démarche continue, inscrite dans le temps

« L'éducation doit se faire progressivement, pour atteindre les objectifs, ne pas brusquer le patient au risque d'être contreproductif » FG1P6

« Quand on est généraliste, on a plein de chose à dire, on doit s'inscrire dans la durée »FG1P5

« Il faut les accompagner dans le temps car ils vont avoir du mal à tenir, il ne faut pas hésiter à répéter nos actions d'éducation»FG1P3

Partenariat soignant- soigné

« Eduquer c'est l'idée de l'implication du patient dans un partenariat-une prise en charge à 50 / 50 dans la maladie, que l'un sans l'autre, on fonctionnera beaucoup moins bien » FG1P5

« Ce n'est pas une conception de descendance « maître à élève »FG1P5

« Il faut s'adapter à la personnalité de chaque patient, il faut le rendre acteur dans sa maladie, et ne pas le laisser passif » FG3P1

Une transmission de savoir

« Lui expliquer sa maladie, et qu'il comprenne sa maladie. Il faut faire la différence entre savoir et comprendre »FG1P4

« Qu'ils connaissent également les objectifs de HbA1c, ce que c'est l'HbAc»FG2P1

« Il faut qu'il connaissent dès le départ les complications, les différents intervenants et lui expliquer l'importance du suivi. »FG2P2

Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge

« Je ne suis pas sure qu'on est besoin d'une consultation dédiée, pour moi l'effet groupe est important, déléguer la tache au réseau est aussi une solution. »FG1P4

« Avoir recours à Maredia ou un endocrinologue ça permet de renforcer le poids de nos dires, de rabâcher les choses mais c'est à nous d'orienter le patient si on juge qu'on a besoin de renforcer nos dires, on doit rester l'acteur principal »FG1P2

« L'IDE, l'hôpital permettent de conforter nos conseils et recommandations, c'est un poids supplémentaire. L'intervention de chaque professionnel et la répétition des taches permettent au patient d'avancer néanmoins, c'est notre rôle à nous, de débuter cette activité» FG3P3

« On ne doit pas déléguer cette tâche, c'est notre rôle d'éduquer nos patients »FG1P5

« De plus c'est notre rôle d'éduquer le patient et pas le rôle de quelqu'un d'autre»FG1P5

❖ Questionnement sur l'efficacité de L'ETP

- Certains médecins se sont posé la question de l'efficacité de l'éducation.
- La plupart évalue cette efficacité par la morbi-mortalité et l'HbA1c.

Le questionnement sur l'efficacité de L'ETP

« On peut se poser la question, est ce que le diabétique est mieux prise en charge aujourd'hui par rapport à il y a 20ans ? »FG1P2

« Oui quand je me suis installé j'avais beaucoup de patients atteints de cécité, d'amputation. Aujourd'hui au cabinet, nous n'avons aucun patient amputé. Les infarctus et les accidents vasculaires cérébraux, on en voit moins. J'ai l'impression que c'est efficace »FG1P5

« L'HbA1c fait partie du tableau de bord du diabète, il faut que le patient comprenne ce que c'est. Dès lors qu'il sait, ça l'implique davantage. Il ne faut pas que ça devienne une obsession mais pour eux comme pour nous c'est un indicateur d'efficacité sans que cela devienne coercitif. On n'est pas là pour leur dire ce n'est pas bien mais plutôt c'est pas mal, on doit s'en servir pour les encourager »FG1P5

2 Des difficultés à réaliser l'éducation du patient diabétique au cabinet

❖ Des recommandations non adaptées à la médecine générale

Les médecins estiment pratiquer l'éducation au quotidien mais éloignée des recommandations qu'ils disent non adaptées au terrain.

Des recommandations non adaptées à la médecine générale

«C'est difficile d'avoir un programme structuré comme dans l'ETP, on manque de formation »FG1P3

« Non je ne suis pas d'accord, ça m'énerve quand on dit que les médecins généralistes ne sont pas assez formé à l'éducation du patient, c'est la structure, la définition de L'HAS qui ne correspond pas à la pratique des médecins généralistes, l'éducation du patient, on la pratique quasiment au quotidien» FG1P4

« L'organisation est descendante c'est bien ça le problème, trop de protocole émis par des personnes qui ne sont pas sur le terrain, il nous faut une organisation horizontale, c'est le contraire du taylorisme qu'il faut développer »FG1P5

❖ Les difficultés propres au médecin traitant

- Le manque de temps et l'absence de valorisation
  - L'ETP est difficile à intégrer dans une consultation.
  - C'est une activité chronophage d'autant plus si on se réfère à la démarche décrite par l'HAS.
  - Intérêt d'une consultation spécialisée et rémunérée pour pallier au manque de temps
- Le manque de formation
  - Difficultés fréquemment ressentie dans l'éducation aux règles diététiques et à l'activité physique.
- Le manque de moyen
  - Manque de supports éducatifs notamment des supports interactifs.
- Le manque de motivation
  - Découragement devant l'absence de résultats

Manque de temps et absence de valorisation

« Il nous manque clairement du temps; d'où l'intérêt de développer une consultation spécialisée. De plus c'est notre rôle d'éduquer le patient et pas le rôle de quelqu'un d'autre »FG1P5

« Moi je suis d'accord avec une consultation spécialisée avec une rémunération, tu ne peux pas passer 45 minutes à éduquer ton patient pour 23 euros, tu ne gagnes pas ta vie sinon, il faut être raisonnable « FG1P2

« Je ne suis pas sure qu'on ait besoin d'une consultation dédiée, pour moi l'effet groupe est important, déléguer la tâche aux réseaux est aussi une solution. »FG1P4

« L'absence de rémunération à l'acte est un frein au développement de l'ETP, je prends parfois 30 minutes pour éduquer mes patients diabétiques mais je ne peux pas faire ça avec tous mes patients diabétiques malheureusement »FG3P1

Consultation dédiée rémunérée

« Il nous manque clairement du temps; d'où l'intérêt de développer une consultation spécialisée »FG1P5

« Moi je suis d'accord avec une consultation spécialisée avec une rémunération, tu ne peux pas passer 45 minutes à éduquer ton patient pour 23 euros, tu ne gagnes pas ta vie sinon, il faut être raisonnable « FG1P2

Manque de formation

« C'est aussi une question de compétences, on n'est pas aussi compétents que les diététiciennes, pour faire de la diète, on a les grandes lignes mais c'est tout»FG2P1

«J'ai l'impression de tourner en rond parfois, de répéter les mêmes choses, j'ai l'impression de manquer de formation »FG1P3

«C'est difficile d'avoir un programme structuré comme dans l'ETP, on manque de formation »FG1P3

Manque de supports pédagogiques

« On manque clairement de support pour nous aider, il faudrait qu'on est tous la fameuse courbe qui montre le début de la maladie afin de faire comprendre à nos patients que le diabète s'est installé déjà depuis quelques années sans qu'il s'en soit aperçu parce que jusqu'alors il n'avait pas de symptômes » FG3P2

« Il nous manque des supports papiers mais aussi des supports « parlant » ou interactifs qui marquent le patient sur les possibilités évolutives de la maladie et les complications, un peu comme pour le tabac » FG3P1

Manque de motivation

« Parfois on se décourage, car ça ne fonctionne pas, on a tout essayé, est ce que ça vient de nous ou du patient ? »FG1P1

« Mais même si j'avais les compétences je ne suis pas sure que j'aurai envie de faire des enquêtes alimentaires »FG2P1

« Parfois les patients sont dans le déni, ils n'acceptent pas la maladie. On sait qu'ils ne changeront pas leurs habitudes. C'est dure à accepter et on se décourage parfois »FG3P2

❖ Des difficultés liées au patient

- Barrières socio culturelles et économiques
- Déni de la maladie
- Manque de motivation
  - Les patients sont parfois passifs
  - Déresponsabilisation de certains dans la prise en charge de leur maladie.
- Les patients « consommateurs de soins »
  - Des consultations à multiples plaintes/demandes.
  - La qualité de la consultation parfois jugée uniquement sur les prescriptions ou l'examen clinique

Barrières socio culturelles et économiques

« Parfois l'aspect socio culturel est une barrière. Pour mes patients du Maghreb, ils ne comprennent pas toujours, ce n'est pas facile, c'est compliquer de les aider, parfois pour l'insuline, ils font leur insuline directement sans glycémie à jeun. Parfois quand ils partent au pays et ils arrêtent leur traitement »FG1P2

« Les patients qui ont des difficultés économiques, on sait bien que le changement d'habitudes alimentaires ou physiques peut-être compliqué devant le manque de moyens, par exemple » FG3P2

« Il faut faire répéter pour s'assurer que la patient à bien compris, souvent on utilise des termes médicaux non adaptés à tous les patients et il ressort de la consultation en ayant rien retenu » FG3P3

Déni de la maladie

« Devant l'absence de symptôme clinique, le patient a du mal à adhérer, pour lui il n'est pas malade »FG1P7

« La maladie est sourde, ils ont l'impression de ne pas être malade, ils ont beaucoup de mal à accepter leur maladie » FG3P2

Manque de motivation

« Certains patients ne sont pas motivés, non observant ou ne se prennent pas en charge. Ils se laissent guider par leur médecin sans comprendre »FG1P1

« On sait qu'avec certains patients ça va marcher tout de suite et avec d'autres ça va être plus long parce que ça ne les intéressent pas »FG3P1

« Parfois on a vraiment l'impression que certains patients sont passifs dans leur maladie. Ils attendent de nous qu'on fasse tout. Quand on lui demande : « quand est-ce que vous avez fait votre dernier fond d'œil, il répond : Ba je ne sais pas, ça doit être noté dans votre dossier »FG3P2

Les patients « consommateurs de soins »

« Le patient pour plein de chose : absence de motivation, le déni de la maladie, les multiples motifs de consultations »FG1P5

« C'est vrai, avant les patients consultaient leur médecin pour un seul motif. Aujourd'hui ils viennent avec une liste de motifs en consultation, on ne peut pas tout voir en 15 minutes, et leur dire qu'on va parler du diabète sans les examiner, c'est impossible »FG1P2

« Le patient n'accepte pas une consultation isolée d'éducation sans examen clinique, le médecin est bon selon lui, s'il prend la tension et l'examine »FG3P2

3 Le recours à MAREDIA

❖ Les éléments favorables au recours à MAREDIA

- Pour le patient et sa famille:
  - Amélioration de l'observance
  - Amélioration de l'équilibre glycémique
  - Le patient est plus actif dans la prise en charge.
  - Accompagnement de la famille du patient.
- Pour les médecins :
  - Gain de temps
  - Conforte la prise en charge du médecin traitant.
  - Suppléance au médecin dans les cas complexes sur le plan social
- Les séances collectives
  -Partagent d'expériences entre diabétiques
  -Mise en pratique par des ateliers
- Accès « gratuit » à la consultation diététique et activité physique
- Accès à des professionnels de santé formés à L'ETP

Pour le patient et sa famille

« Clairement les patients adhérant à Maredia, vont mieux, leur HbA1c s'améliore. Ils se mettent au sport »FG1P5

« Le patient est plus adhérant, plus actif dans sa maladie quand il suit le programme de MAREDIA » FG3P1

« MAREDIA a aussi plus le temps d'investir la famille parce que si la famille ne suit pas les règles hygièno- diététiques notamment c'est compliqué »FG3P2

Pour les médecins

« Les patients ont également une meilleure compréhension de leur maladie en adhérant à Maredia, ça permet un gain de temps, ils sont observant »FG1P5

« Pour moi, les envoyer à MAREDIA c'est un moyen de me décharger un petit peu et d'insister sur les conseils alimentaires et l'hygiène de vie »FG1P2

« Maredia, ça rabâche les mêmes choses, et donc le fait que ce soit dit par d'autres personnes que nous médecin traitant, ça aide. »FG1P2

« C'est aussi un relai, lorsque les patients sont complexes notamment sur le plan social»FG1P5

Les séances collectives

« Moi, je suis content qu'ils participent à des séances collectives. Ils apprennent cuisiner et ils participent à des activités sportives, c'est un vrai plus »FG1P4

« Ils partagent leurs expériences et leur vécu avec d'autres diabétiques »FG1P5

« MAREDI, c'est aussi passer de la théorie à la pratique, grâce aux ateliers. Après il serait intéressant en plus des ateliers culinaires, d'aller faire les courses avec les patients, la vraie vie »FG3P2

Accès « gratuit » à la consultation diététique et activité physique

« Avec Maredia, ils peuvent accéder aux consultations gratuites diététiques, ce n'est pas négligeable. D'ailleurs beaucoup de nos patients refusent le suivi par une diététicienne en ville, lié au manque de remboursement, c'est pourquoi je les envoie vers MAREDIA »FG1P5

« Les points diététiques sont plus approfondis avec MAREDIA »FG1P2

« MAREDIA c'est aussi l'accompagnement dans l'activité physique » FG3P2

Accès à des professionnels formés

« J'envoie certains patients vers une diététicienne faisant parti du réseau Maredia, parce qu'au moins on se dit qu'elles sont formées à l'ETP»FG1P5

❖ Les freins à utiliser MAREDIA

- Méconnaissance du Réseau MAREDIA et de l'antenne locale
  - Les structures relais sur le territoire sont inconnues aux médecins
  - Les médecins regrettent le manque d'information sur Maredia et son fonctionnement.
- Le manque de retour d'informations de la part de Maredia sur les patients pris en charge.
  - L'absence d'échanges.
  - Plan personnalisé de santé du réseau MAREDIA non connu.
- Dépersonnalisation de la prise en charge
  - En lien avec les séances collectives.
- Profil du patient
  - Manque de motivation
  - Refus
  - Freins socioculturels
- Doute sur l'efficacité des réseaux formels
- Manque de formation au travail en réseau
  - Ils éprouvent des difficultés à changer leurs habitudes de fonctionnement
- Contrôle des structures d'ETP par les autorités
  - Les règles fixées par les autorités compliquent l'accès à certaines activités proposées par MAREDIA (exemple des consultations diététiques)

Méconnaissance du Réseau MAREDIA et de l'antenne locale

« Je suis embêté, moi je n'ai jamais adressé de patient à MAREDIA. Je ne connais pas cette structure, je ne sais même pas où elle se situe, comment y adhérer. »FG1P3

« Je suis au conseil d'administration de MAREDIA et donc on va en parler de ce problème. C'est vrai que la communication de MAREDIA vers les médecins manque. »FG1P5

« Il existe un manque de communication, on a aucun retour de Maredia sur nos patients »FG2P1

« J'en ai zéro patient moi qui adhère à Maredia »FG2P1

« Pareil pour moi, c'est une structure que je ne connais pas très bien, Maredia Rouen c'est loin en plus pour les patients, je ne savais même pas qu'il y avait des structures locales»FG2P1

« On a travaillé avec MAREDIA mais on a arrêté parce qu'on entendait plus parler de ce réseau. On pensait que il y avait un problème de budget, que les consultations diététiques n'étaient plus remboursées » FG3P1

Le manque de retour d'information de la part de Maredia sur les patients pris en charge

« Je pense que j'ai des patients qui adhèrent à MAREDIA mais j'ai aucun retour d'eux ou même de MAREDIA »FG2P2

Dépersonnalisation de la prise en charge

« Les séances collectives ne sont pas adaptées pour chaque patient, il n'y a pas d'individualisation de la prise en charge »FG1P1

Profil du patient

« Les séances collectives sont parfois une barrière, les gens sont mal à l'aise parfois de rencontrer d'autre personnes qu'ils ne connaissent pas, certaines personnes sont timides et n'accepteront pas les séances collectives »FG1P5

« Ou auront l'impression d'une prise en charge inadaptée à leur besoin, pas de prise en compte de leurs propres difficultés, de leur personnalité »FG1P6

« Certains patients ne sont pas motivés ou refusent d'adhérer à un réseau alors que parfois c'est ceux qui en ont le plus besoin » FG1P2

« Je ne vais pas envoyer à Maredia n'importe quel patient, le niveau socio culturel est un frein parce qu'il va rien comprendre s'il ne sait pas lire ni écrire. Il ne va pas se mettre dans un groupe où il risque d'être jugé sur son niveau »FG1P2

Changement de méthode de travail

« Même si les réseaux viennent à nous, et provoquent des réunions, on s'aperçoit que ce n'est pas dans l'ADN des médecins. Les médecins généralistes trouvent ça bien, c'est intéressant mais une fois dans leur cabinet, on est envahi de multiples problèmes de consultations à avec de multiples motifs, et finalement même si on est convaincu du bien-fondé de la chose, on ne pense pas à prendre le temps d'en parler. »FG1P5

Manque de formation au travail en réseau

« Est-ce qu'on forme les étudiants en médecine à travailler en réseau ? Est-ce qu'on leur parle d'ETP ? Si on est toujours dans cette logique et qu'on ne forme pas les nouveaux étudiants, on ne peut pas développer l'ETP.»FG1P5

« Nous on n'a jamais été formé à travailler en réseau, nous sommes dans le soin et moins dans la prévention »FG1P2

Contrôle par les autorités

« Le problème vient aussi du contrôle de L'ARS, maintenant il faut participer à 3 ateliers éducatifs au sein de Maredia avant d'avoir accès à une consultation diététique. Avant le schéma c'était gravir une petite marche et d'aller vers L'ETP. Maintenant il faut d'abord faires ces preuves en matière ETP avant de pouvoir bénéficier d'une prise en charge diététique, ça ne va pas, ce n'est pas logique. »FG1P5

Questionnement sur efficacité

«Moi j'ai des doutes sur l'efficacité de Maredia. J'ai un patient qui doit perdre 10KG il n'a pas perdu 1kg, on est toujours au même point. »FG1P2

4 Le recours au milieu hospitalier

❖ Les arguments pour recourir au milieu hospitalier pour l'ETP

- Des situations où le recours au CHU est évident :
  - En cas de déséquilibre de diabète
  - De difficulté de prise en charge – cas complexe
  - De mise sous insuline
  - Présence de complications
- le recours à une véritable ETP

Des situations où le recours au CHU est évident

« Lorsque le patient est déséquilibré je les adresse vers un endocrinologue; parfois l'endocrinologue a plus de poids que nous pour les convaincre à prendre leur traitement. Je les adresse aussi pour mettre en place un traitement par insuline. Il a un rôle complémentaire ; FG1P2

« Je les envoie en hospitalisation de semaine afin de rééquilibrer leur diabète et de reparler du traitement, des règles diététiques, ça permet d'avoir également tous les examens en une fois, en un même lieu, L'Hôpital, tout est rassemblé en un même lieu »FG2P1

« C'est comme le cardiologue, ou les autres spécialistes, je les envoie une fois par an chez l'endocrinologue pour le suivi; Quand on décide de passer à l'insuline je les adresse à l'endocrinologue »FG2P3

« J'ai recours au diabétologue hospitalier lorsque je sens que la prise en charge est complexe »FG1P1

«La femme diabétique de type 2 enceinte je l'adresse directement à un endocrinologue »FG3P1

« Lorsqu'il faut passer à l'insuline»FG1P2

« Je les adresse lorsque les patients commencent à avoir des complications macro et micro vasculaires : cardiaques, rénales» FG1P4

Véritable structures ETP

« L'avantage c'est l'accès à une véritable structures ETP en hospitalier »FG1P5

❖ Les limites à avoir recours au service hospitalier

- <u>L'absence d'indication :</u>
  - L'ETP hospitalière ne leur semble pas nécessaire quand le diabète est bien équilibré
- <u>Le risque de « substitution »</u>
  - Les médecins craignent l'appropriation/captation de leur patient par les spécialistes
  - Ils souhaitent pour la plupart une prise en charge ponctuelle
- <u>Le manque d'accessibilité</u>
  -Délai de consultations trop long

  -Problème accessibilité téléphonique
- <u>Le refus du patient</u>
- <u>Les multiples correspondants</u>
- <u>Des programmes trop denses</u>
  - La quantité d'informations est difficilement assimilable sur une courte durée (éducation sur une semaine)
- <u>Les difficultés relationnelles</u>
  - Méfiance
  - Absence de communication
  - Méconnaissance des professionnels entre eux

<u>Absence d'indication</u>

« Certains patients sont très bien équilibrés, ils n'ont pas besoin d'un suivi par un endocrinologue ou d'autres professionnels de santé. On peut gérer seul l'éducation de nos patients» FG1P7

« On a pas recours au endocrinologue quand le patient est bien équilibré. En plus avec l'arrivée de la super lente TOUJEO qui évite les hypoglycémies, on peut l'introduire sans avoir besoin d'un endocrinologue » FG3P2

<u>Problème de substitution</u>

« Je n'ai pas recours au diabétologue hospitalier, j'ai une très mauvaise expérience, avec des patients qui sont captés. Les patients qui sont simples bien équilibrés, qui n'ont pas de problème, et qui sont revus tous les 3 à 4 mois à l'hôpital, ce n'est pas normal, il y a pas besoin. »FG1P5

« On souhaite des avis ponctuels pour certains patients et ils rentrent dans des protocoles de prise en charge avec des consultations tous les 3-6 mois avec des rendez-vous qui s'enchainent, on a l'impression d'être dépossédé »FG1P2

Problème de disponibilité (=accessibilité)

« A l'hôpital, les délais sont beaucoup trop longs, moi je les adresse au diabétologue de ville, qui les voit dans le mois en général »FG1P2

Refus du patient

« Parfois c'est le patient qui refuse le suivi avec un endocrinologues hospitalier »FG1P6

-Problème intervenant

« Ce qui me gêne parfois c'est quand j'adresse un patient à tel endocrinologue et c'est un autre endocrinologue qui me réponds. Le patient a vu parfois soit l'interne soit un autre médecin »FG2P3

Une éducation trop dense

« L'éducation en une semaine à l'hôpital ce n'est pas possible, on donne aux patients trop d'informations en si peu de temps, qu'ils ne savant plus où donner de la tête »FG3P3

Les difficultés relationnelles

« Les hospitaliers ne nous connaissent pas, ils ont des aprioris sur nous, et nos compétences. Ils se sentent parfois obliger de prendre en charge des patients alors qu'on demande un avis ponctuel et qu'on est tout à fait capable de ré adresser le patient en milieu hospitalier si le besoin se fait sentir »FG1P5

« Parfois, on fait une proposition de traitement et aucune réponse, à la question posée »FG1P4

❖ Comparativement, de meilleures relations avec les endocrinologues libéraux

Le recours aux endocrinologues libéraux

« A l'hôpital, les délais sont beaucoup trop long, moi je les adresse au diabétologue de ville, qui les voit dans le mois en général »FG1P2

« On fait le même métier, c'est du libéral, on se comprend et on se fait confiance »FG1P5

« Les rapports sont moins compliqués avec un endocrinologue de ville, c'est plus simple d'avoir un rendez-vous, l'accessibilité au secrétariat et au diabétologue est facile contrairement au chu »FG2P3

5 Le recours à l'IDE libérale

❖ Les bénéfices

- Complémentarité
  - Pas de concurrence ou de substitution des rôles
- Professionnel de proximité
  - Seule intervenante à domicile
  - Bonne connaissance du patient
- Intérêt lors de la mise sous insuline
  - Education aux injections d'insuline et contrôle de glycémie capillaire
  - Education aux hypoglycémies
  - Alimentation
- Autonomisation du patient
- Surveillance de l'observance
  - Surtout chez les personnes âgées ou dépendantes

Complémentarité

« Celles qui ont un véritable rôle complémentaire au notre c'est bien les IDE ; Il n'y a pas de dualité »FG2P1

Proximité –Intervention au domicile

« Elles sont très proches des patients, les patients ont confiance en elles »FG2P1

« Elles interviennent à domicile c'est un moyen de contrôler l'hygiène alimentaire et d'expliquer aux patients les erreurs diététiques »FG2P2

Mise en route de l'insuline

« Dans le cadre de la mise en route de l'insuline elles peuvent faire de l'éducation, expliquer les injections d'insuline, expliquer les hypo et hyperglycémies » FG3P3

Autonomisation du patient

« Elles sont là, pour leur expliquer les injections insuline et apprendre au patient de se piquer seul, elles permettent d'autonomiser le patient »FG1P6

Surveillance de l'observance

« Pour l'observance du traitement notamment chez les patients âgés qui commencent à avoir des troubles cognitifs, on peut avoir recours à une IDE, elle prépare et distribue les médicaments »FG1P2

« Elles permettent la gestion des traitements des patients âgés ayant des troubles cognitifs débutants »FG2P1

❖ Les freins

- Problème de temps
- Activité non valorisée
  - L'ETP n'est pas rémunérée pour l'IDE
- Absence de formation
- Passivité
  - Elles appliquent parfois les prescriptions sans faire de l'éducation
- Aucun intérêt pour les patients sous ADO

Problème de temps

« Elles ont 55 patients par jour, elles n'ont pas le temps de faire de l'éducation »FG1P1

« Après elles ont une charge de travail importante et elles ne font pas toujours des dextro à jeun ce qui posent problème pour adapter les doses »FG2P3

Problème de rémunération

« Je ne sais pas si elles sont rémunérées, on ne peut pas prescrire séances d'éducation thérapeutique au diabète, elles n'ont pas de cotations »FG1P6

Absence de Formation à l'ETP

« Ce n'est pas dans leur culture, moi j'envoie mes patients vers le réseau Maredia quand j'ai besoin d'une IDE pour faire de l'ETP car les IDE libérales pour moi, ne sont pas disponibles, n'ont pas le temps, pas le souhait de faire cette éducation. A tort ou à raison, elles ne sont pas formées »FG1P5

Passivité

« Parfois elles ont du mal à augmenter les doses d'insuline, on a beau mettre les objectifs de glycémie, elles n'osent pas augmenter les doses »FG2P3

« Dans l'éducation, il y a progrès, parfois les IDE sont juste là pour donner un comprimé ou appliquer une prescription insuline, c'est une démarche passive et non active, elle n'autonomise pas le patient »FG1P3

Aucun intérêt pour les diabétiques sous ADO

« Je n'ai pas recours à une IDE pour éduquer mes patients sauf pour mettre en place de l'insuline et il n'y a aucun intérêt pour les patients sous ADO »FG1P2

6 La place du pharmacien dans la coopération

❖ Les nombreux freins

- Concurrence –Substitution
  - Vision péjorative du pharmacien
  - Impression de substitution de leur rôle par le pharmacien
- La dualité commerçant/professionnel de santé
  - Leur obligation commerciale prédomine sur leur rôle de professionnel de santé
- Absence de formation
  - Les médecins pensent que les pharmaciens ne sont pas formés à l'ETP
- Absence de lieu dédié
  - L'absence de pièce officielle pour l'éducation pose le problème du secret professionnel.
- Problème interlocuteur
  - L'éducation est impossible lorsque c'est l'aidant qui vient renouveler les traitements.
  - Les préparatrices n'ont pas de rôle d'éducation.
- Méconnaissance interprofessionnelle
  - Les médecins ne connaissent pas les missions du pharmacien et leur formation.

Concurrence/substitution

«Maintenant tout le monde veut être docteur, les pharmaciens veulent être médecins généralistes, les sages-femmes veulent être gynécologues, les kinésithérapeutes veulent prescrire des AINS, on veut substituer les rôles du médecin généraliste, c'est un frein à l'éducation thérapeutique »FG1P5

Une dualité Commerçant –Professionnel de Santé

« C'est un commerce une pharmacie. J'ai vu la dernière fois: entretien pour cholestérol 18euros, ils vendent leurs services. Un pharmacien c'est d'abord un commerçant avant d'être un professionnel de santé, on a tous des exemples ils ne peuvent pas s'empêcher de vendre des choses »FG1P5

« Le problème c'est que s'ils ne vendent pas de la parapharmacie, ça marcherait pas, ils fermeraient boutique. Pour vendre de la parapharmacie ils tiennent parfois des discours très loin des recommandations »FG1P2

« Ils ont un discours un peu consommateur c'est des commerçants avant tout, ils vendent des médicaments qui servent à rien du tout »FG2P2

Absence de formation

« Ils n'ont aucune formation pour éduquer nos patients diabétiques »FG1P5

Absence de lieu dédié

« Avoir du temps imparti à l'éducation au comptoir ce n'est pas possible, ils n'ont pas de pièce officielle, cela pose un problème de confidentialité »FG1P5

« Ils vont faire ça devant tout le monde, il y a un problème de confidentialité »FG1P2

Problème interlocuteur

« Ça pose le problème pour les patients dont la famille vient chercher les médicaments, ils ne voient jamais le patient, parfois c'est une préparatrice qui sert au comptoir, elle n'a aucun rôle dans l'éducation du patient »FG1P2

Méconnaissance interprofessionnelle

« Méconnaissance des rôles de chacun, c'est une barrière entre pharmaciens et médecins, les rôles ne sont pas bien définit »FG2P1

❖ L'éventuel rôle du pharmacien vu par le médecin généraliste

Les médecins généralistes ne positionnent pas les pharmaciens dans l'éducation de leur patient. Nous les avons alors interrogés sur ce qu'ils pourraient éventuellement y apporter.

- Professionnels de proximité
  - Rencontre plus fréquente des patients (renouvellement d'ordonnances)
- Analyse pharmaceutique :
  - Recherche incompatibilité et intolérance au traitement
- Education à la manipulation du stylo à insuline et au lecteur glycémique
- Coopération envisagée par le biais de réseau :

  -L'adhésion du pharmacien à un réseau ou en maisons de santé pluri-professionnelles est l'une des solutions évoquée par les médecins pour créer une véritable coopération médecin-pharmacien.

Professionnels de proximité

« Les pharmaciens sont amenés à voir les patients tous les mois pour leur renouvellement d'ordonnance donc plus souvent que nous, il serait dans leur rôle de vérifier la tolérance d'un nouveau traitement instauré et de nous informer en cas de mauvaise tolérance »FG2P3

« Parfois certains patients ne viennent qu'au bout de 4 -5 mois pour renouveler leur traitement, c'est important que les pharmaciens insiste sur le fait qu'il doit revoir le médecin pour le suivi et le renouvellement »FG1P2

Analyse pharmacologique (incompatibilité, intolérance)

« Son rôle serait de vérifier les ordonnances, parfois les patients ont deux ordonnances avec des médicaments équivalents, une prescrite par le médecin traitant et l'autre par l'endocrinologue »FG1P3

« Être attentif aux effets secondaires des traitements car c'est le premier interlocuteur après nous et puis parce que nous on les voit tous les 3 mois, eux en général tous les mois »FG2P2

Démonstration de l'injection insuline et de l'utilisation de l'appareil à DEXTRO

« Après expliquer l'utilisation de l'appareil à dextro et injections insuline, c'est son rôle au pharmacien, c'est logique, ça fait partie du travail éducatif des pharmaciens, mais pour moi c'est tout, pour leur rôle dans l'éducation »FG1P2

« Expliquer l'utilisation du lecteur glycémique avec gestion des hypo et hyperglycémie, je ne vois pas d'autre rôle pour eux »FG2P1

Participation à un réseau :

« Oui, je veux bien avoir recours au pharmacien mais dans le cadre d'un réseau pour éducation le patient diabétiques de type 2 »FG1P5

« Ou bien les intégrer dans une maison de santé à nos côtés »FG3P3

7 L'hôpital de proximité : le CH de Barentin

❖ Intérêt du CH local de Barentin dans l'éducation

- Accès à une prise en charge de proximité
  - concernant les consultations : intérêt pour certains patient fragiles ou réfractaires à une prise en charge de par l'éloignement géographique des autres structures
  - Intérêt pour des hospitalisations de proximité
- Confiance mutuelle liée à une meilleure connaissance entre les professionnels
- Accès « gratuit » à la consultation diététique
- Terrain favorable à l'éducation :
  - L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire propice à l'ETP
- Accès à l'hospitalisation –Prise en charge de cas complexe

Accès à une prise en charge de proximité

«Les patients préfèrent se rendre à Barentin plutôt qu'à Rouen; L'hôpital est plus petit, proche de chez eux, les patients sont plus en confiance et plus rassurés»FG1P1

« C'est un véritable plus pour les patients âgés dont les déplacements sont limités »FG1P2

Confiance mutuelle lié à une meilleure connaissance entre les professionnels

« Il n'y a pas de méfiance vis-à-vis de l'autre, on se connait, c'est l'avantage. On a une confiance en nos correspondants et eux aussi. »FG1P5

« C'est la même médecine que nous, il n'y a pas de méfiance, on se comprend, il y a une certaine confiance »FG2P2

Accès gratuit à la consultation diététique

« Le véritable avantage c'est l'accès à la consultation diététique gratuite »FG2P1

« La consultation gratuite avec une diététicienne c'est un plus, surtout avec les nouvelles annonces de l'ARS concernant les consultations diététiques de Maredia qui deviennent un frein avec ces 3 ateliers précédant la consultation diététique »FG1P5

Terrain favorable à l'éducation

« A l'hôpital il y a plus de temps, plus de moyen »FG1P5

Accès à l'hospitalisation –Prise en charge de cas complexe

« L'intérêt c'est aussi les hospitalisations permettant une éducation complète ou la mise sous insuline dans un environnement proche du patient » FG2P3

« C'est aussi de la médecine polyvalente, ce qui veut dire accès à plusieurs professionnels de santé »FG3P3

❖ Les freins à avoir recours au CH de Barentin

- Manque de communication autour de l'offre de soins
- La crainte de la substitution
- Réticence du patient vis-à-vis du milieu hospitalier

Manque de communication autour de l'offre de soins

« On ne connait pas bien l'hôpital local et les consultations qu'ils proposent »FG3P3

La crainte de la substitution

« Forcement s'il y a substitution des rôles, ça va limiter les recours »FG1P5

« S'il y a captation du patient »FG1P3

Réticence du patient vis-à-vis du milieu hospitalier

« Le refus du patient, car c'est une structure hospitalière »FG2P3

8 La place des diététiciennes

❖ Les bénéfices

- Formation d'une diététicienne à l'ETP dans le secteur
- Meilleur respect des règles diététiques par le patient

Formation à l'ETP :

« On a de la chance d'avoir dans le secteur une diététicienne formée à l'ETP, c'est un véritable atout »FG1P5

Meilleure respect des règles diététiques par le patient

« Clairement, les patients suivis par une diététicienne, ont une meilleure compréhension des règles diététiques et suivent mieux leur régime »FG3P3

❖ Les freins

- Absence de remboursement de la consultation
- Refus des patients
- Démographie médicale faible

Absence de remboursement de la consultation

« Le manque de remboursement est clairement un frein » FG2P2

Refus des patients

« Certains patients refusent parce qu''ils ne veulent pas entendre parler de régime »FG2P3

Démographie médicale faible

« Nous avons peu de diététiciennes dans le secteur et une seule est formée à l'ETP »FG1P5

9 SOPHIA

Pour, les médecins interrogés Sophia ne fait pas partie des structures d'éducation thérapeutique du patient diabétique. Mal perçu, aucun ne l'utilise.

Ce n'est pas de l'ETP

« Sophia ne sert à rien, on n'accompagne pas un patient sans le connaitre ni simplement par des conseils téléphoniques, ce n'est pas ça éduquer un patient »FG1P2

« Dès que les patients m'en parlent, je leur explique mon point de vue, et je refuse de signer leur papier »FG1P5

10 Les pistes envisagées pour améliorer la coordination des intervenants

- La mise en place de réunions interprofessionnelles
  - La rencontre des différents acteurs permettrait de mieux se connaitre et d'échanger sur les pratiques
- Formation des médecins et des étudiants
  - Intégration de l'ETP dans la formation universitaire
  - Formation à la création d'un réseau professionnel
  - Formation continue adaptée à la pratique des médecins généralistes
- Support médical de suivi commun
  - Création d'une fiche de suivi renseignée et consultable par chaque intervenant
- Création d'un annuaire regroupant les différents professionnels par secteur et utilisation de la messagerie sécurisée
  - Accessibilité direct aux professionnels de santé concernés
  - Rapidité des retours de consultations, d'hospitalisation et suivi d'ETP
- L'intérêt des Maisons de Santé Pluri professionnels (MSP)
  - Travailler sur un même lieu permet une meilleure connaissance entre professionnel, un échange direct tout en restant indépendant.
- -Des outils pédagogiques sur un internet
  - Ils sont demandeurs de supports pédagogiques validés par les organismes référents

La mise en place de réunions interprofessionnelles

« On a beaucoup à apprendre des IDE et des diététiciennes, je pense que des réunions interprofessionnelles pour apprendre de chacun serait une bon moyen pour améliorer nos échanges » FG2P1

« Il est clair il faut qu'on se rencontre comme ce soir avec les autres professionnels, savoir avec qui on travaille, parfois ça permet juste de mettre un visage sur notre interlocuteur mais c'est essentiel »FG3P3

« Mieux se connaitre et connaitre le rôle de chacun c'est essentiel »FG1P4

« Il faut se connaitre rencontrer les gens, se présenter lorsqu'on s'installe »FG2P2

Formation des médecins et des étudiants

« C'est aussi revoir les formations universitaires, les jeunes médecins ne sont pas formés à travailler en réseau, il faut que ce soit maintenant intégré dans le cursus universitaire »FG1P5

« Il nous faut des formations efficaces adaptées à nos pratiques et non des formations hospitalières. Des formations adaptées en termes de lieu et d'horaire. On pourrait proposer des formations à l'hôpital local »FG3P3

Support médical de suivi commun

« Avoir un support commun où tous les professionnels pourraient marquer ses interventions, que la patient ramènerait à chaque consultation» FG3P3

Création d'un annuaire regroupant les différents professionnels par secteur et utilisation de la messagerie sécurisée

« Il nous faudrait un annuaire avec tous les professionnels d'un secteur, leur spécialité et leur coordonnée et ainsi pouvoir les joindre directement sans secrétariat »FG1P4

« Il nous faut une messagerie commune sécurisée entre les différents professionnels prenant en charge le patient, comme ça existe déjà. Dans notre cabinet, on utilise une messagerie sécurisée en lien avec Becquerel, ça nous permet d'avoir les comptes rendu de consultation ou d'hospitalisation quasiment en direct ». FG1P5

« Le mail est un bon compromis, on dérange personne et il nous permet d'avoir une réponse rapide»FG3P3

L'intérêt des Maisons de Santé Pluri-professionnels

« On a un projet commun, nous au sein de notre ville, si on n'avait pas eu ce projet de maison médicale je ne suis pas sure qu'on se serait rencontré, c'est une bonne chose, ça améliore la prise en charge du patient tout en restant indépendant »FG2P2

Des outils pédagogiques sur un internet

« Il faudrait une plateforme sur le site AMELI ou de l'ARS avec des vidéos »FG3P2

V. Discussion

1 Force et faiblesse de notre travail :

❖ Une étude qualitative pour éclairer les données quantitatives existantes

Une étude quantitative a été réalisée dans la région de Dieppe en 2014 (22), concernant la mise en place d'une antenne MAREDIA. Il y est exprimé dans cette étude une réticence des médecins généralistes à la délégation de L'ETP à d'autres professionnels de santé, puisque 39% n'ont jamais orienté leur patient vers une structure d'éducation et que 62% considèrent que la méthode la plus efficace est d'éduquer le patient au cabinet. Cette étude a aussi montré que peu de médecins connaissaient le réseau MAREDIA (40%).

Le but de notre travail n'est alors pas de reproduire les mêmes résultats quantitatifs mais d'éclairer l'aspect qualitatif, c'est-à-dire comprendre les raisons qui incitent ou non le médecin généraliste à travailler avec tel ou tel professionnel de santé.

La méthode utilisée afin de mener notre travail est une enquête de terrain, qualitative, par focus group, basée sur un guide d'entretien semi dirigé, établi au préalable.
L'inexpérience de l'investigateur (moi-même) et les biais méthodologiques d'une telle enquête peuvent entraver les résultats et l'analyse. Néanmoins au fils des différents entretiens, la méthodologie s'est vue optimisée.

❖ Un échantillon qui reste diversifié...

Quarante-cinq médecins ont été invités, dix-neuf se sont porté disponibles et quatre médecins ont annulé au dernier moment pour des raisons personnelles. Quinze médecins ont donc été interrogés. Soit un taux de participation de 33%.
Nombreuses ont été les relances :

- Entretien direct au cabinet pour obtenir un accord de principe
- Courrier
- Mail de relance ou relance téléphonique en cas d'absence de réponse
- Participation à une soirée de formation médicale des médecins généralistes du secteur de Barentin pour présenter le projet, ce qui m'a permis de recruter les 7 médecins du premier focus group.

Dans deux des trois focus group, seulement 4 participants étaient présents. Le troisième focus group n'a pas apporté de nouvelle catégorie. La saturation des données a donc été atteinte, validant ainsi notre échantillon. Les causes de refus recensées ont été : une indisponibilité, une faible présence de patients diabétiques de type 2 dans leur patientèle. Bien-sûr nos résultats sont impactés par un biais de sélection, puisque les médecins qui se sont portés disponibles sont probablement plus investis dans l'éducation thérapeutique de leur patient.

Malgré ces réserves, notre échantillonnage reste diversifié avec une répartition en âge, en sexe, et en modalité d'exercice hétérogènes :

-Etre une femme (9 femmes sur 15) ou être un homme (6 hommes sur 15),

-Répartition en âge de 28 ans à 66 ans avec une médiane de 52 ans

-Exerçant en ville (10 sur 15), en secteur rural ou semi rural (5 sur 15),

-Une durée d'installation dans la région allant de 1 mois à 39 ans avec une médiane de 26 années.

-Sur un territoire d'un rayon de 30-35Km de Barentin,

De plus sur 15 médecins, 8 adhérent au réseau Maredia ; on envisage alors des points de vue différents.

❖ Les biais et les avantages inhérents à la proximité.

Sur les 15 médecins généralistes interrogés 9 exercent à Barentin. Ainsi la majorité des professionnels interrogés sont au cœur même du territoire et leur point de vue reposera sur la prise en charge de premier recours. Néanmoins, dans ce contexte, ils connaissent personnellement le Docteur Poulingue, praticien hospitalier au sein du SSR de Barentin, puisqu'ils ont déjà eu l'occasion de collaborer avec elle et implique ainsi un biais de désirabilité sociale.

Nous avons alors décidé que je serai l'animatrice et que le Dr Poulingue sera seulement observatrice.

❖ Une méthode d'analyse par triangulation des données

Nous avons réalisé un codage des trois entretiens, d'abord séparément puis en mutualisant nos résultats. Cette analyse par triangulation des données a permis de réduire la subjectivité et renforce ainsi la validité interne de l'étude (30).

De même, la retro action immédiate sur les résultats finaux par les participants a optimisé la validité de nos résultats.

Ainsi, c'est d'une enquête menée sur un petit panel de médecins généralistes et axée sur leurs pratiques dont il s'agit. Si nos confrères, comme nous le verrons, ont des habitudes somme toutes différentes, la plupart revendiquent et s'investissent dans l'éducation thérapeutique de leurs patients comme nous allons à présent le détailler.

2 La médecine générale et l'ETP

❖ Une implication revendiquée et légitime...

Comme évoqué dans notre introduction, le Haut Conseil de la Santé publique propose aux médecins généralistes de s'impliquer dans l'ETP et ceci à des degrés variable (20).

Ici, un seul des médecins interrogés ne pratique pas l'ETP et délègue cette tâche. Les quatorze autres expriment clairement leur volonté de s'y impliquer, et ceci à différents degrés mais toujours avec un rôle de pivot et de coordination.

Ces données sont confirmées par de nombreuses études : comme celles menées auprès des médecins généralistes de Picardie (42), et de Douai (31) ou encore celle de l'HAS où 80% des médecins libéraux s'impliquent dans l'ETP (32).

En effet, le médecin généraliste, de par son positionnement dans la filière de soins, réuni de nombreux atouts pour une ETP efficiente :

Une approche globale centrée sur le patient

Proximité, disponibilité, individualisation de la prise en charge, sont les trois arguments recensés par notre panel.

En effet, les médecins généralistes connaissent l'histoire de leur patient, leur vécu, leur métier, leurs croyances et leur environnement. Ils suivent parfois toute la famille depuis des années. Cette relation médecin-malade se construit avec la répétition des consultations et permet d'avoir une approche globale du patient. Cette relation individuelle est centrale en médecine générale.

A l'inverse, nos médecins interrogés voient dans le modèle de L'ETP hospitalière ou de réseau, une ETP en groupe ressentie comme une dépersonnalisation de la prise en charge. Ils décrivent les programmes hospitaliers dont le processus est limité dans le temps comme ponctuel et parfois trop dense.

«L'éducation en une semaine à l'hôpital ce n'est pas possible, on donne aux patients trop d'informations en si peu de temps, qu'ils ne savent plus où donner de la tête »FG3P3

Anne Lacroix, psychologue à Genèvre, décrit l'ETP comme «une approche globale de la personne qui impose de considérer le patient dans son vécu et son histoire et pas seulement dans ses organes» (33). De même, Alain Deccache, professeur en éducation thérapeutique, décrit le médecin généraliste comme le professionnel de santé le plus habilité pour remplir cette fonction d'ETP de par les qualités suivantes (34):

- *L'accessibilité géographique et financière ;*
- *La proximité relationnelle ;*
- *La relation de confiance* ;
- *Le suivi du patient et de son entourage* ;
- *Une approche globale et centrée sur la personne* ;
- *Une aptitude du généraliste à la résolution de problèmes dans un modèle bio-psycho-social.*

Enfin, le collège national des généralistes enseignant (CNGE) décrit lui aussi une approche centrée sur le patient comme l'une des 6 compétences de la médecine générale (*Cf* : Figure 6). La démarche éducative y apparait essentielle, particulièrement lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique comme le diabète (35).

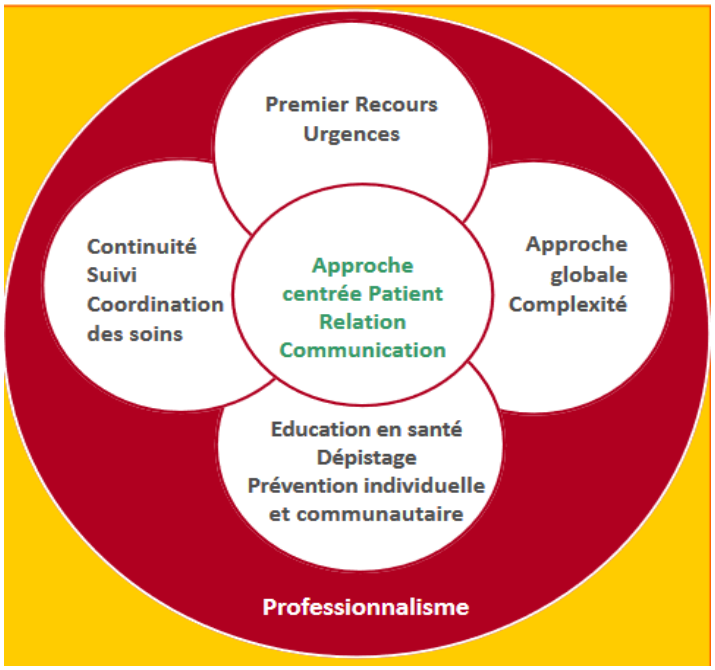


Figure 6 : Marguerite du CNGE
(Source : site du collège national des généralistes enseignants)

Le médecin généraliste : pivot central du parcours de soins :

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient diabétique. Si le Haut Conseil de Santé Publique (20) propose une implication variable du médecin généraliste dans l'ETP, ce dernier se voit quoiqu'il en soit positionné comme le coordinateur des soins proposés par d'éventuels autres professionnels.

Chacun de nos praticiens souhaite assumer et revendique même ce rôle essentiel.

« Avoir recours à Maredia ou un endocrinologue ça permet de renforcer le poids de nos dires, de rabâcher les choses mais c'est à nous d'orienter le patient si on juge qu'on a besoin de renforcer nos dires, on doit rester l'acteur principal »FG1P2

En 2007, l'étude ENTRED révèle que deux tiers des médecins généralistes souhaitent coordonner l'activité éducative de leur patient. Qui plus est, 82% des diabétiques de type 2 sont pris en charge par leur médecin généraliste sans autre recours (19).

André Grimaldi, professeur d'endocrinologie à la Pitié-Salpêtrière, lui, évoque le médecin comme le pivot central pour déterminer le parcours d'éducation adapté à chaque patient selon ses besoins. Le médecin détermine avec le patient si le suivi peut-être fait en ambulatoire ou s'il nécessite une équipe spécialisée (36).

Ce rôle de coordinateur est également renforcé par la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 où chaque assuré doit désigner un médecin traitant qui coordonnera le patient vers les différents spécialistes (37).

Une relation médecin-malade favorable à l'éducation

Cette relation médecin-malade est privilégiée et se construit au fils des consultations, mais elle doit se modifier. Les médecins en ont conscience. Cette relation ne doit plus être «paternaliste» ou encore «de maitre à élève» mais un partenariat soignant–soigné. Le patient devient acteur de sa santé et ne doit plus être passif.

La transmission verticale du savoir reste néanmoins encore bien présente. Tout au long des entretiens, des termes directifs sont très souvent utilisés («leur faire comprendre » ; « il faut qu'il sache » ; « nous devons leur expliquer ») ce qui laisse penser que l'investissement dans cette relation n'est pas équitable. Les médecins reconnaissent l'importance d'une relation duale et équilibrée avec leur patient même si en pratique, cela semble moins évident. L'étude de Tabitha GAYE et Marie MERGANS (38) ainsi que celle d'Anouck Gachet (39), nous montrent une relation en mouvement avec des médecins conscients de leur attitude très paternaliste, mais souhaitant que cela change.

Le médecin généraliste apparait comme le premier professionnel légitimement impliqué dans la mise en œuvre et la coordination de l'éducation thérapeutique de son patient. Mais en pratique, n'est-il pas confronté à des difficultés ?

En fait, la première d'entre elle semble être l'inadéquation entre les référentiels établis et la pratique dans la « vraie vie ».

❖ Mais des freins et des difficultés pratiques...

Une vision floue de l'ETP et des référentiels mal adaptés aux soins de premiers recours...

Pour une partie de notre panel interrogé, l'éducation thérapeutique du patient consiste à prévenir les complications du diabète. Nous avons retrouvé une confusion générale entre éducation thérapeutique du patient et éducation pour la santé. L'éducation pour la santé est un concept plus large et regroupe la prévention primaire, secondaire et tertiaire comme nous l'avons défini au tout début de notre travail. La définition de l'ETP est encore floue pour certains médecins interrogés.

De plus, pour une grande partie de nos médecins, l'objectif de l'éducation thérapeutique est d'améliorer l'observance des patients, de changer son comportement en terme d'alimentation et d'activité physique. Ils se sont ainsi bien appropriés certains objectifs de l'ETP décrit par l'HAS (32) en termes d'auto soins (mettre en œuvre des modifications de son mode de vie, réaliser des gestes techniques de soins).

«Pour peu qu'on s'y intéresse et qu'on admette de changer sa manière de vivre, de revoir son alimentation et de pratiquer une activité physique, le diabète est une maladie chronique avec laquelle on peut vivre longtemps, il doit être acteur.»FG1P5

«Je suis d'accord sur l'alimentation, mais il faut s'intéressé au patient, son travail, ses loisirs, sa culture, ses horaires décalées et lui proposer un protocole qu'il acceptera »FG1P1

En revanche, les compétences d'adaptation suggérées par L'HAS dans ces référentiels (se connaitre, avoir confiance en soi, développer un raisonnement, gérer ses émotions.) sont très peu citées.

Enfin, Ils délivrent l'éducation thérapeutique sous forme de conseils, d'information médicale, de questions sur les habitudes de vie mais sans réel schéma d'ETP répondant à des critères de qualité. La plupart des médecins définissent l'ETP comme une transmission de savoir hors cela ne suffit pas à éduquer le patient. Nos médecins interrogés connaissent pour la plupart les différentes étapes de la démarche éducative (diagnostic éducatif, objectif éducatif, la mise en œuvre de séances éducative et l'évaluation), néanmoins le respect de celles-ci restent difficile en pratique. Ils reprochent à l'HAS, des référentiels très hospitaliers et non adaptés à la pratique des soins de premiers recours. Ce point de vue, est évoqué dans l'étude menée à Dieppe en 2014 (22) où malgré un souhait d'une réelle implication, les médecins généralistes mentionnent des difficultés pratiques et l'inadaptation des référentiels à la médecine générale.

« C'est difficile d'avoir un programme structuré comme dans l'ETP »FG1P3

« Non je ne suis pas d'accord, ça m'énerve quand on dit que les médecins généralistes ne sont pas assez formé à l'éducation du patient, c'est la structure, la définition de L'HAS qui ne correspond pas à la pratique des médecins généralistes, l'éducation du patient, on la pratique quasiment au quotidien»FG1P4

Peut-on en déduire pour autant que ces malades ne bénéficient d'aucune éducation thérapeutique ? Il est plus vraisemblable que cette dernière se pratique de façon inégale, plus ou moins formalisée, plus ou moins structurée.

Le Dr Sandrin Berthon B, spécialiste en Santé publique et auteur du rapport du Haut Conseil de Santé Publique, admet que ce guide de HAS ne présente « qu'une seule démarche éducative »,« issue de sciences de l'éducation » alors qu'il en va de plusieurs types de démarches pour «s'adapter aux besoins de chaque patient à différents moments de leur parcours de santé » (20).

Finalement, l'éducation telle qu'elle est réalisée en ville s'affranchit dans la majorité des cas, des programmes des ARS rigides, règlementés et non adaptés aux soins de premiers recours. Les actions éducatives du patient en ville, peuvent se décliner indépendamment de ces programmes mais dans ce cas, elles deviennent « transparentes » et non valorisées puisque non reconnues. Son rôle est cependant majeur, omniprésent, forcement efficient au cas par cas. Cette position peut être difficilement ressentie dans la pratique par nos confrères généralistes qui finalement se voient être «au milieu du gué ». En ce sens D Doumont et F Libion (40) décrivent que les médecins se sentent « coincés entre responsabilité collective et individuelle, entre intérêt de santé publique et intérêt individuel, ils soulignent la complexité de leurs actions d'éducations à la santé ».

Des objectifs à clarifier...

La plupart des études publiées en termes d'évaluation de l'efficacité de L' ETP renvoie sur des critères biomédicaux comme nous l'avons vu dans notre première partie de travail. (Hémoglobine glyquée, la morbi-mortalité)

Ces objectifs sont également partagés par nos médecins interrogés. (Hémoglobine glyquée, cécité, amputation).

« Oui quand je me suis installé j'avais beaucoup de patient atteint de cécité, d'amputation, aujourd'hui au cabinet nous avons aucun patient amputé, les infarctus et les accidents vasculaires cérébrales on en voit moins, j'ai l'impression que c'est efficace »FG1P5

Un objectif fondamental de l'ETP reste pourtant d'optimiser la qualité de vie. Bien sûr cette dernière, si elle est moins exprimée, reste au cœur des préoccupations de nos confrères. En ce sens, de nombreuses études sont répertoriées parmi lesquelles celle d' A Gachet (39) ou encore une thèse menée en Midi Pyrénées (38). Les médecins y ont conscience des difficultés psycho sociales et de l'impact sur la vie quotidienne du patient de la maladie chronique et pourtant, ici aussi ils abordent majoritairement des objectifs bio-médicaux en terme d'évaluation.

Vers une valorisation plus pertinente …

Nous avons des professionnels investis, persuadés des biens faits globaux de l'ETP mais qui en pratique voient des actions individualisées menées au chevet de leurs patients non reconnues et donc non valorisées par la réglementation et les tutelles.

Ces mêmes tutelles ont mis en place la Rémunération des Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui complète le paiement à l'acte selon des objectifs basés uniquement ici encore sur des critères biomédicaux (41).

Suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	Nombre de points maximal
diabète	Part des patients ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	30
	Part des patients ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	35
	Part des patients (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	35
	Part des hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	35

Figure 7 : Les objectifs ROSP du diabète
(Source : sécurité sociale éclairage objectifs santé publique))

La qualité de vie si essentielle lors de la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète n'étant pas valorisée, l'ETP qui en fait son objectif principal pourra ainsi se voir négligée.

Bien sûr aussi des freins inhérents à l'exercice de la médecine générale…

Les médecins interrogés se plaignent en premier lieu d'un *manque de temps*. L'ETP est une activité chronophage. Nos médecins proposent une consultation dédiée, programmée à l'avance, valorisée financièrement. Cette proposition est avancée dans de nombreux travaux notamment dans les thèses menées dans la Somme (42), Grenoble (43) et Midi Pyrénées (38)

Par ailleurs, ils insistent aussi sur le manque de *supports pédagogiques* notamment interactifs comme par exemple des vidéos de sensibilisation sur les complications du diabète. Notre panel souhaiterait pouvoir s'appuyer sur des référentiels précis disponibles sur les sites de l'ARS ou d'Ameli.

« Il nous manque des supports papiers mais aussi des supports « parlants » ou interactifs qui marquent le patient sur les possibilités évolutives de la maladie et les complications, un peu comme pour le tabac » FG3P1

En 2009 dans baromètre santé (44), 40% des médecins généralistes souhaitent des supports d'information pour l'ETP et 60% ont besoin d'outils d'aide à la consultation. En ce sens, le plan de 2007-2011 concernant l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique proposait de mettre à disposition des médecins traitants des outils d'ETP coordonnés par ARS (6).

Le *manque de formation*, lui, n'est pas partagé par tous les médecins. Dans notre étude il est surtout dénoncé par les plus jeunes notamment en matière de conseils diététiques.

« C'est aussi une question de compétences, on n'est pas aussi compétents que les diététiciennes, pour faire de la diète, on a les grandes lignes mais c'est tout»FG2P1

L'étude de Céline Peccoux (43) va dans ce sens, ainsi que celle menée à DOUAI (31), où 85% des médecins répondeurs déclarent que l'enseignement reçu en terme d'ETP est insuffisant et déplorent l'absence de formation initiale universitaire. Selon, P. Gallois « exercer une médecine éducative ne s'improvise pas» (45).

Malgré tout on constate que l'éducation occupe une place croissante dans les études médicales, avec la création d'un module de prévention et santé publique. Actuellement, il existe deux niveaux optionnels de formations à l'ETP. Le premier concerne les soignants voulant s'impliqués dans un programme d'ETP avec une formation de quarante heures minimum. Le deuxième concerne les professionnels qui souhaitent coordonner un programme ou être formateurs (46).

L'ETP doit faire partie intégrante de la prise en charge de nos patients. Ainsi, on peut suggérer que la formation à l'ETP devrait faire partie du cursus de médecine générale de manière obligatoire et non optionnelle comme c'est déjà le cas dans les filières de soins des infirmiers et des pharmacien (28).

Manque de temps, manque d'outils pédagogiques, manque de formation sont en tout point évoqués dans l'étude menée en 2007 dans le Loiret et l'Indre (21).

Il y est aussi recensé les freins inhérents au patient que nous retrouvons dans notre panel

...mais aussi des difficultés rapportées au patient.

Le patient rend parfois l'ETP difficile. L'un des freins majeur selon nos médecins interrogés est le déni de la maladie et la réticence de certains. Ces difficultés sont également retrouvées dans deux études : la réticence des patients est citée à 76% par les médecins généralistes dans l'étude DIASTEP(47) et à 51,2% dans le baromètre Santé de 2009 (44).

Le frein linguistique, les spécificités culturelles et leurs répercussions alimentaires ont été cités dans notre travail, tout comme dans l'étude menée de Céline Peccoux (43).

Les freins socio-économiques sont répertoriés avec leurs conséquences sur la compréhension de la maladie, le respect des règles hygieno-diététiques, et parfois même l'accès aux programmes d'ETP.

Enfin, les consultations à multiples plaintes sont aussi évoquées ainsi que la valorisation de l'acte de prescription médicamenteuse par le patient qui lorsqu'il reçoit un message éducationnel ne s'y retrouve pas.

Ainsi, les résistances aux changements de comportements de certains patients peuvent décourager nos médecins généralistes.

Enfin donc un épuisement du médecin généraliste

« Parfois on se décourage, car ça ne fonctionne pas, on a tout essayé, est ce que ça vient de nous ou du patient ? »FG1P1

Cette conclusion est répertoriée dans l'étude de Céline Peccoux (43) qui montre que un tiers de médecins interrogés déclare se sentir « las ». Une solution à cette difficulté résiderait dans la formation à l'ETP.

La thèse menée en 2015 par Marie Mergans et Tabitha Gaye (38) montre que les médecins formés à l'ETP ont constaté le bénéfice qu'apportait une posture éducative, celle de lutter contre la lassitude et le découragement. Cette notion est également retrouvée dans la thèse menée à Grenoble (43) où le développement de structures éducatives renforce le soutien des médecins généralistes. Finalement la formation à l'ETP serait bénéfique pour le professionnel en plus de l'être pour le patient.

Au terme de notre réflexion, on peut comprendre deux attitudes différentes dans la pratique ambulatoire :

-Certains comme nos participants, expriment par leur présence même et leur réflexion, une motivation à mener des actions éducatives en cabinet ; c'est-à-dire leur propre pratique de l'ETP, construite sur leur expérience et leur réseau.

-D'autres, peut-on le penser, se sentent éloignés de toute démarche éducative sans pouvoir ni nous le confirmer, ni nous en donner les raisons précises, puisque justement ils ne sont pas venus à ces trois focus group.

Quoiqu'il en soit, dans « son ETP», chaque médecin généraliste exprime, nous l'avons vu, de nombreuses difficultés alors que, paradoxalement, il n'a que peu recours aux différents professionnels qui pourraient l'aider comme nous pouvons l'envisager à présent.

3 Evaluation de la coopération entre les médecins généralistes de Barentin et les acteurs de l'éducation

Les médecins généralistes interrogés revendiquent une place centrale dans l'ETP de leur patient tout en reconnaissant des difficultés pratiques. En ce sens, ils disposent d'autres interlocuteurs. Il nous est apparu intéressant de mesurer les relations qu'ils entretiennent avec ces derniers.

❖ Le CHU de Rouen

Pour notre panel de médecins, si le recours à un endocrinologue hospitalier parait évident en cas déséquilibre de diabète, de la mise sous d'insuline ou de complication, il l'est beaucoup moins lorsqu'il s'agit de proposer une éducation thérapeutique collective ou individuelle. Ce même constat figure dans l'étude menée à Toulouse en 2010 (49) où les médecins évoquent des difficultés relationnelles avec leurs confrères hospitaliers. Les freins émergents à avoir recours à un endocrinologue hospitalier sont :

- D'ordre organisationnel :

Les médecins évoquent bien souvent un manque de disponibilité des endocrinologues hospitaliers avec des délais de consultation trop long.

« A l'hôpital, les délais sont beaucoup trop long, moi je les adresse au diabétologue de ville, qui les voit dans le mois en général »FG1P2

« Ils sont difficilement joignables, il faut passer par le standard, puis la secrétaire, et puis parfois même le service de diabétologie, donc par l'IDE, ou l'aide-soignante, ou l'externe, pour parfois nous dire simplement qu'ils ne sont pas là » FG1P3

Pour eux, une ETP en groupe proposée par l'hôpital peut être ressentie comme une dépersonnalisation de la prise en charge. La même constatation est formalisée en Midi Pyrénées où les médecins préfèrent une ETP individuelle (38).

« Les séances collectives ne sont pas adaptées pour chaque patient, il n'y a pas d'individualisation de la prise en charge »FG1P1

Ils décrivent des programmes hospitaliers dont le processus est limité dans le temps, ponctuel, non permanent et trop dense ce qui empêche la pérennisation des activités d'ETP.

- D'ordre psychosociologique :

Nos médecins généralistes partagent tous les mêmes points de vu concernant leurs relations avec les spécialistes hospitaliers. Ils jugent les informations transmises insuffisantes en particulier concernant des bilans entrepris et de la relation entretenue avec les patients. Il leur semble alors difficile d'adapter les traitements et le suivi. Ils se sentent mis à l'écart de la prise en charge de leur patient.

Beaucoup même ressentent également une captation de leurs patients par l'équipe spécialisée alors qu'ils ne souhaitent parfois qu'un avis ponctuel.

« Je n'ai pas recours au diabétologue hospitalier, j'ai une très mauvaise expérience, avec des patients qui sont captés. »FG1P5

La plupart des médecins généralistes du secteur ont recours aux endocrinologues libéraux, situés majoritairement à Rouen ou à une vingtaine de kilomètres du secteur de Barentin. Ils retrouvent dans cette coopération libéral-libéral, une simplicité et respect des rôles de chacun. Mais, un médecin mentionne que cette relation est probablement aussi liée au fait que «les endocrinologues de ville ont besoin qu'on leur adresse des patients, « c'est leur gagne-pain », «c'est peut être aussi ça la différence avec les relations hospitalières.»

❖ MAREDIA

Huit médecins adhérent au réseau Maredia dans notre étude mais quatre ne connaissent pas leur propre antenne locale intervenant à l'hôpital de Barentin. Les sept autres n'avaient aucune connaissance de l'existence même du réseau.

A Dieppe, 60% des médecins interrogés (22) ne connaissent pas le réseau MAREDIA.

Dans ce contexte on peut ici rappeler quelques chiffres fournis par MAREDIA :

- 161 patients du canton de Barentin ont été adressés à MAREDIA depuis le début de son fonctionnement (2006) et seulement 4 nouveaux en 2016.

- 29 patients ont participé aux ateliers et consultations sur l'antenne de BARENTIN en 2015. En 2016 ils ne sont que 19 à avoir participé aux ateliers soit 2,4 ateliers par personne (en moyenne 3,5 ateliers par personne sur l'ensemble de MAREDIA).

Néanmoins, d'un point de vu plus qualitatif, les quelques médecins qui connaissent et collaborent avec MAREDIA, adressent leur patient diabétique lorsque la maladie est peu déséquilibrée au vue de l'absence de recours médical proprement dit. L'objectif est d'assoir leur prise en charge ou avoir accès à des activités diversifiées : ateliers culinaires, consultations diététiques, activité physique. Les bénéfices qu'ils ont constatés sont :

-Une meilleure compréhension de la maladie qui permet au patient d'être acteur de leur prise en charge ;

-L'accès à des programmes d'ETP de proximité notamment grâce à l'antenne délocalisée pour des patients dont les déplacements peuvent être limités. Les médecins regrettent la faible fréquence des interventions de cette antenne MAREDIA (1 fois par mois).

« Clairement les patients adhérant à Maredia, vont mieux, leur HBA1C s'améliore, Ils se mettent au sport »FG1P5

« Le patient est plus adhérant, plus actif dans sa maladie quand il suit le programme de MAREDIA » FG3P1

Les médecins interrogés pensent que tous les profils de patients ne sont pas adaptés à ce réseau : notamment les patients qui peuvent se sentir mal à l'aise dans une ETP collective ou encore les patients dont le diabète est particulièrement déséquilibré et multi compliqué du fait de l'absence de spécialistes sur place.

« Les séances collectives sont parfois une barrière, les gens sont mal à l'aise parfois de rencontrer d'autre personnes qu'ils ne connaissent pas, certaines personnes sont timides et n'accepteront pas les séances collectives »FG1P5

Enfin les médecins adhérents au réseau ont également insisté sur l'absence de retour suite à la participation de leur patient à un programme d'ETP.

« Je pense que j'ai des patients qui adhèrent à MAREDIA mais j'ai aucun retour d'eux ou même de MAREDIA »FG2P2

Pourtant au sein de MAREDIA, il existe un outil commun à la coordination des professionnels de santé dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2, appelé le Plan personnalisé de Santé (PPS). Ce PPS a été créé en 2012 lors de la publication d'un guide méthodologique pour améliorer la coordination de soins au sein des réseaux de santé. Ce PPS traduit les besoins des patients et établit le programme des interventions des professionnels de santé et personnels médico-sociaux nécessaires. Le PPS préparé par le coordonnateur d'appui du réseau est validé par le médecin généraliste. Les médecins dont les patients ont bénéficié d'une prise en charge par MAREDIA disent ne pas avoir eu connaissance de ce PPS.

❖ Le CH Local de Barentin

Sur les quinze médecins interrogés, 11 ne connaissent pas l'activité de consultation de médecine polyvalente à l'hôpital de Barentin.

Les raisons évoquées sont les nombreuses restructurations du Centre Hospitalier avec le changement de l'équipe médicale depuis 10 ans, la mise en place récente de cette consultation ouverte depuis un an et l'absence de politique de communication sur les activités que propose l'hôpital.

❖ Les pharmaciens

Nos médecins sont réticents à une forme de coopération médecin – pharmacien dans l'éducation des patients diabétiques de par la dualité du rôle des pharmaciens à la fois professionnels de santé et « commerçants ».

« Ils ont un discours un peu consommateur c'est des commerçants avant tout, ils vendent des médicaments qui servent à rien du tout »FG2P2

Ils disent mal connaitre les rôles du pharmacien, et l'attribuent parfois à une simple dispensation des médicaments. Cette notion est également retrouvée dans une thèse de 2012 sur l'interdisciplinarité (50) où le médecin généraliste s'aide peu du pharmacien dans l'éducation de son patient lié à un manque de connaissance du rôle des pharmaciens.

Pourtant en 2000, JACQUEMET (51) décrit le rôle important du pharmacien présent immédiatement en première ligne après la rédaction d'une ordonnance par tout médecin. Sa disponibilité et sa proximité en font un médiateur majeur avec ses conseils et ses explications sur les traitements, les gestes techniques et le matériel. Il contribue à l'amélioration de l'adhésion du patient au traitement. En ce sens la loi HPST reconnait le pharmacien comme un véritable acteur de soins de santé primaire en parlant de pharmaciens correspondants.

Dans notre travail, si on évoque les voies d'améliorations, nos confrères envisagent une coopération avec les pharmaciens, surtout par le biais de réseau ou de MSP (Maison de Santé Pluri professionnelle). Cette dynamique est d'ailleurs évoquée par les six pharmaciens que nous avons interrogés.

Une enquête menée en 2013 étudiant l'ensemble des maisons et pôles de santé intégrant des pharmaciens ont démontré plusieurs points positifs :

- une meilleure prise en charge globale du patient
- l'apport d'une expertise pharmacologique
- un regard complémentaire sur les patients. (52)

Enfin, l'expérience menée à Pont D'Ain en 2014, sur les maisons de santé pluridisciplinaires va elle aussi en ce sens (53).

❖ Les infirmières libérales

Le recours aux IDE parait plus fréquent et plus évident pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2 selon nos médecins. Ils évoquent une réelle forme de coopération et absolument pas une forme de substitution des rôles.

« Celles qui ont un véritable rôle complémentaire au notre c'est bien les IDE ; Il n'y a pas de dualité »FG2P1

La relation est réciproque et consiste alors en un véritable échange. Il semble claire pour eux, que le rôle de l'IDE est d'éduquer les patients diabétiques concernant la réalisation des injections d'insuline et le contrôle des glycémies capillaires. Elle concerne les patients débutants un traitement par insuline, (l'infirmière éduque le patient à ces actes d'auto surveillance et d'injection) mais aussi les patients diabétiques sous insuline dépendants fragiles ou porteurs de plaies chroniques.

De par son intervention au domicile, elles créent une relation privilégiée avec le patient avec une évaluation particulièrement individualisée. Ici plus que jamais nous sommes dans l'ETP d'ultra proximité.

L'étude ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) est à notre connaissance la seule expérience évaluée en France. Il s'agit d'expérimentations de coopérations associant des médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) pour des soins de premiers recours dispensés au cabinet de médecins libéraux. La délégation de soins aux infirmières concerne, d'une part, des consultations d'éducations thérapeutiques pour le diabète et d'autre part, des actions de dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires

L'évaluation de cette expérimentation est, en terme de marqueurs bio médicaux, positive avec une amélioration du suivi, une amélioration de l'HbA1C, pour un coût comparable à une population témoin (54). La qualité de vie n'y est là encore pas évaluée.

Dans le contexte démographique actuel et puisque la formation à l'ETP est formalisée par le parcours universitaire des IDE, le partage de tâches entre médecins généralistes et IDE a certainement tout son sens.

❖ Les diététiciennes

Dans notre étude, le recours à une diététicienne dans l'éducation du patient diabétique est indispensable pour les médecins généralistes.

Une grande partie d'entre eux est associée à une diététicienne au sein de maison médicale.

Dans leur rôle propre, nos confrères se sentent souvent assez démunis en ce qui concerne les règles hygiéno-diététiques. Ici encore est impliqué le manque de temps.

« C'est aussi une question de compétences, on n'est pas aussi compétents que les diététiciennes, pour faire de la diète, on a les grandes lignes mais c'est tout»FG2P1

« D'ailleurs beaucoup de nos patients refusent le suivi par une diététicienne en ville, lié au manque de remboursement, c'est pourquoi je les envoie vers MAREDIA »FG1P5

Pour ce qui est du recours à une diététicienne, ils évoquent la problématique de remboursement des consultations. Cette notion est aussi évoquée dans l'étude sur les relations interprofessionnelles (49) où l'auteur plaide pour la généralisation du remboursement des consultations diététiques.

En conclusion, en termes d'ETP, si les médecins interrogés partagent leur pratique avec les IDE libérales, les diététiciennes, et les endocrinologues libéraux, ils sont plus réticents à orienter leur patient vers les réseaux de soins existants (MAREDIA) ou bien les établissements de santé qu'ils soient de proximité ou référents de la spécialité. Pour ce qui est des pharmaciens, le constat est plus partagé.

Il nous est bien entendu difficile d'avancer une explication puisque nous ne les avons pas interrogés en ce sens. Nous sommes néanmoins obligés de constater que le même mode d'exercice (libéral) implique une coopération facilitée alors que la pratique hospitalière ou des réseaux institutionnels inspirent une moins grande confiance voire une plus grande méfiance.

En fait, ce n'est certainement pas, seulement de corporatisme dont il doit s'agir ; mais plutôt une méconnaissance des médecins généralistes sur les solutions que peuvent leur apporter les établissements qui les entourent.

Ces mêmes établissements semblent, à travers les « més-expériences » relatées par notre cohorte, eux même mal connaitre le fonctionnement, les atouts et les besoins de la médecine générale. Ainsi, et encore une fois, c'est une méconnaissance réciproque dont il est question, et qui induit un mésusage des atouts des uns et des autres. Dans ce cadre, et après avoir énuméré les freins à l'ETP, nous proposons maintenant d'envisager les voies d'améliorations retenues par nos confrères, en débutant par l'optimisation de la communication et donc des connaissances réciproques des moyens existants.

4 Les Pistes d'amélioration...

❖ Les acteurs existent mais doivent s'organiser en réseau

D'après l'HAS, une éducation thérapeutique de qualité doit « être un processus permanent » et « adapté à l'évolution de la maladie à long terme. » L'IPCEM (Institut de perfectionnement en communication et en études médicales) (55), nous rappelle l'importance d'impliquer le médecin traitant tout au long de la prise en charge du patient afin de pérenniser l'impact des activités éducatives. Ainsi l'information du médecin traitant relative au parcours d'éducation thérapeutique de son patient est indispensable.

Les médecins du secteur ont dans ce sens, proposé des pistes d'amélioration:

- Concernant MAREDIA

Certains médecins semblent reconnaitre les vertus d'une prise en charge par ce réseau, mais peu connaissent et intègrent son action dans la prise en charge de leur patient. Au vu des chiffres d'activité et de la file active de patients, peut-être peut-on alors envisager des actions de promotions.

- Concernant les pharmaciens

On retient des expériences menées avec la création de maisons de santé organisées, authentifiées et qui sont plébiscitées. Sur notre territoire une telle organisation pourrait bien sûr contribuer à l'amélioration de la prise en charge puisque pharmaciens et médecins généralistes, malgré quelques réticences, s'accordent pour admettre les bienfaits d'une collaboration plus étroite. Sans aller, jusqu'à la création de telles structures de soins, on peut envisager des rencontres, comme nous l'avons-nous même fait, où prescripteurs et pharmaciens pourraient s'organiser et mutualiser leurs compétences.

- Concernant le CHU de Rouen

La même analyse peut-être formalisée pour améliorer la coopération entre le médecin généraliste et le milieu hospitalier comme le CHU de Rouen. Ici, nous pouvons mentionner l'étude réalisée dans la Somme (42), où il s'agit de contourner un modèle hospitalo-centré par la création d'une équipe hospitalière compétente en ETP pouvant animer un programme en ambulatoire et réciproquement. La mise en place de réunions communes entre libéraux et hospitaliers faciliterait des échanges.

- Concernant le CH de Barentin

Enfin, l'hôpital de Barentin dans ce contexte peut apparaitre comme une synthèse des propositions exprimées ci-dessus. En effet, il peut en un même lieu réunir des professionnels initiés à l'ETP (sans en être expert) et collaborer avec les médecins généralistes, les pharmaciens, le réseau éducationnel existant et les partenaires para médicaux, à travers les patients poly pathologiques dont il a la charge. Ici, il ne s'agit bien sûr pas de se substituer, ni au rôle essentiel puisque central du médecin généraliste, ni au rôle référent puisque spécialisé du CHU de Rouen, mais localement d'offrir à sa population une prise en charge de proximité.

En ce sens, l'hôpital a d'ores et déjà initié *des démarches* :

Dans le service de soins de suite et réadaptation, l'hôpital accueille 28% de patients diabétiques. Son implication dans la prise en charge de cette maladie chronique est croissante avec un personnel qui se forme (une IDE diplômée d'un DU en diabétologie et deux IDE formées à l'ETP) avec des actions conjointes de la PUI par la mise en place de la conciliation médicamenteuse mais aussi d'actions éducatives autour des traitements et de la manipulation des dispositifs médicaux (stylos injecteurs, lecteurs glycémiques). D'ailleurs ce service n'est en fait que dans son rôle, puisque l'une des missions exigibles des SSR est l'éducation des patients.

La consultation de médecine polyvalente orientée vers la prise en charge des patients diabétiques donne accès à un suivi par la diététicienne. A terme l'intervention d'une IDE complèterait la prise en charge.

Enfin, L'hôpital doit aussi sortir de ses murs et améliorer la communication par *la création d'un réseau interprofessionnel local* :

-L'organisation de réunions interprofessionnelles doit permettre une meilleure connaissance réciproque aussi bien sur le plan technique (niveau de compétence reconnu à l'autre) que sur le plan comportemental (niveau de confiance et respect). Chacune des rencontres d'ores et déjà finalisées (Pharmaciens, généralistes) semblent avoir été plébiscitées.

-L'hôpital local peut se mettre à disposition des professionnels de son territoire et des experts impliqués dans la formation médicale continue pour proposer un site où cette dernière pourrait-être organisée. En effet nos confrères généralistes semblent être motivés pour s'impliquer à condition de leur proposer une formation pratique aussi bien en terme de prise en charge qu'en terme d'organisation (lieu, horaire).

-Un outil qui vient en synthèse de notre argumentaire a été proposé par chaque professionnel : celui d'un support médical partagé pour le suivi des patients. Ce livret remis au patient et rempli par chacun à toutes les étapes de la prise en charge (médecins généralistes, pharmaciens, endocrinologues, paramédicaux) regrouperait non seulement des informations bio-médicales mais aussi des commentaires et des objectifs individualisés au patient. L'hôpital de Barentin et son équipe se sont portés volontaires pour initier en partenariat ce document à l'occasion d'une prochaine réunion pluri-professionnelle organisée au sein de l'hôpital. L'équipe médicale hospitalière participe depuis maintenant bientôt 10 ans, à l'organisation et au fonctionnement du Club Haut Normand de Médecine Polyvalente qui s'intègre lui-même au sein d'une très jeune Fédération Française de Médecine Polyvalente. Bien sûr, une évaluation sera nécessaire mais on peut penser que si cette expérience est concluante elle sera diffusée aux équipes régionales et nationales de Médecine Polyvalente.

On peut s'attendre, sans finalement avoir à envisager la création de nouveaux moyens dans un contexte médico-économique difficile, à une meilleure prise en charge grâce uniquement à une meilleure communication. En termes de maladie chronique et en particulier de diabète, il ne peut y avoir de « meilleure prise en charge » que par « l'individualisation » de cette dernière.

❖ Individualisation de la prise en charge

Dans la pratique, nos médecins généralistes rappellent que chaque patient est différent et que le recours aux différents professionnels de santé doit être adapté au profil du patient dépendant de facteurs intrinsèques (âge, poly pathologies, l'aspect cognitif, l'aspect social) et aux facteurs extrinsèques (son environnement).

« Il faut prendre en compte l'individu lui-même, on s'adaptera à lui en fonction de l'âge et de son autonomie.» FG2P1

Qui plus est, à travers l'ETP c'est le patient lui–même qui devient acteur de sa santé. Il doit toujours être associé à la prise de décision sans être l'otage au risque de la non observance si souvent évoquée dans les freins à l'efficacité de l'ETP.

Finalement les écueils de toutes ces organisations qui se connaissent peu, sont de proposer aux uns et aux autres ainsi qu'au patient des moyens dont ils n'ont pas besoin puisque non adaptés et à l'inverse de ne pas proposer les moyens que chacun souhaiterait. Ces enjeux peuvent expliquer les incompréhensions voir la méfiance exprimée lors de nos entretiens mais aussi le risque qu'encourent chacun de ces moyens de n'être que peu efficients pour la santé de nos patients ; ce qui est bien là essentiel.

Il n'existe pas une ETP mais des ETP.

Cette idée est validée par DUCOS J (17) suite aux constatations de son étude en Ile de France où:

-Moins de 10% des patients diabétiques avaient bénéficié d'un programme d'ETP

-Plus de deux tiers de ces patients avaient bénéficié d'une prise en charge d'ETP à hôpital

-Hors aucune sélection des patients n'avait été pratiquée en vue de les adresser dans la structure la plus appropriée à leur profil.

S'il est admis que les modalités de prescriptions pour des objectifs glycémiques sont individualisées au patient comme l'entend l'HAS ou EASD, l'ETP doit elle aussi s'adapter aux caractéristiques spécifiques à chacun d'entre eux.

En ce sens, J Ducos, propose alors un redéploiement partiel de l'offre de l'ETP vers l'ambulatoire et une meilleure utilisation des ressources disponibles par le médecin traitant qui orientera son patient vers la structure d'ETP la plus adaptée.

Nous pourrions alors en synthèse de ce travail de thèse proposer plusieurs niveaux d'ETP sur le secteur de Barentin et son canton non seulement en fonction des besoins du médecin généraliste, mais aussi, et peut-être surtout, en fonction du besoin du patient.

❖ A chaque patient, sa prise en charge... A chaque territoire son réseau

Différentes expériences ont été menées pour formaliser une stratégie de prise en charge adaptée au profil du patient. On peut citer le travail de Sybille VILLEROY DE GALHAU en 2013 en Lorraine (56), avec ces trois niveaux dont nous vous proposons un résumé sous forme de schéma.

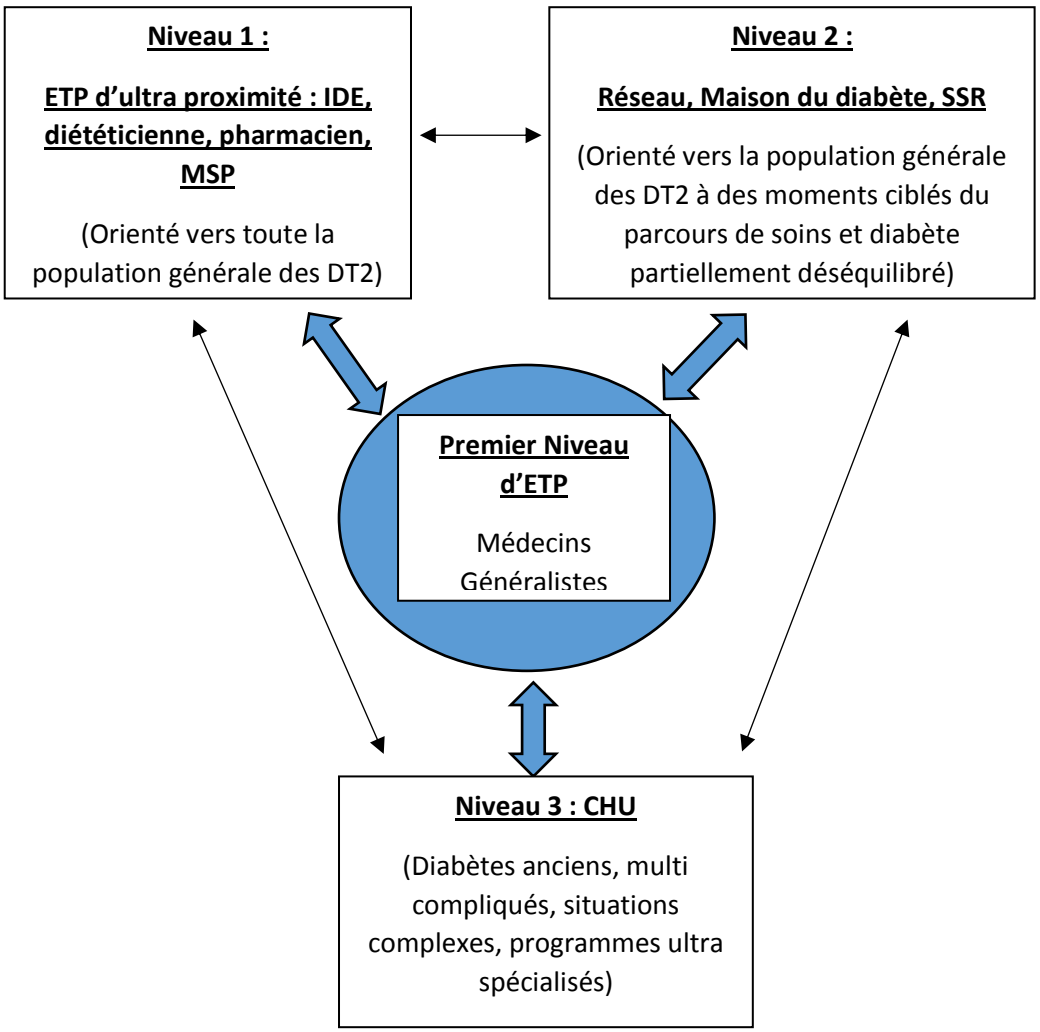


Figure 8 : Organisation de niveau d'ETP au sein du territoire
(Source : Thèse de Sybille VILLEROY DE GALHAU en 2013)

Sur notre territoire, plusieurs réflexions s'offrent à nous :

Concernant les soins de premiers recours :

A ce jour, il n'existe aucun programme d'ETP d'ultra proximité mené par des professionnels libéraux à Barentin. Pourtant plusieurs expériences ont déjà été menées en Haute Normandie. Depuis environ 7 ans, des professionnels de Santé libéraux se sont mobilisés afin de créer des pôles de Santé pluridisciplinaires permettant à la population locale de pouvoir bénéficier de soins d'éducation à proximité de chez eux. C'est le cas à Val de Reuil Louviers avec la création de la COSSE en 2009, à Saint Romain de Colbosc près du Havre où s'est construite une Maison de santé pluri professionnelles en 2012, et de la maison MEDISEPT à Neuchâtel en Bray en 2010.

Même s'il n'existe pas de programmes d'ETP d'ultra proximité conforme aux réglementations de l'HAS sur notre secteur étudié, il faut continuer néanmoins à encourager les médecins à poursuivre leurs actions d'éducation et améliorer la coopération avec les différents moyens de proximité existants.

Concernant le niveau 3 et donc le CHU du territoire :

Même si les programmes d'éducation thérapeutique hospitaliers s'adressent à tous les patients atteints d'une maladie chronique, quel que soit le stade d'évolution, pour notre panel de médecins, le recours à un endocrinologue hospitalier parait évident en cas déséquilibre de diabète persistant (et surtout lors de la mise en place d'insuline) ou de survenue de complication.

De par son plateau technique disponible et sa pluri-professionnalité avec un temps non imparti et valorisé de l'éducation thérapeutique, l'hôpital est un acteur essentiel notamment pour les patients diabétiques dont la situation est complexe tant sur le plan médical (pompe à insuline, mise en place d'insuline) que sur le plan social.

Le CHU existe et est reconnu comme le centre de référence en matière de diabétologie, cette structure n'a rien à démontrer ou à prouver. Elle doit cependant améliorer la communication avec les acteurs extra hospitaliers de l'ETP.

Surtout un niveau 2 à faire exister :

Ici, les structures concernées, c'est-à-dire MAREDIA, CH Barentin s'ils font preuve d'un investissement sans faille, devront convaincre de l'efficience de leur prise en charge. Ils devront communiquer tout azimut, c'est à dire vers les soins de premiers recours et les centres de référence.

En étayant le rôle de ce deuxième niveau de prise en charge, c'est renforcer le CHU pour sa fonction d'expertise puisque celui-ci pourra proposer en sus, des programmes d'ETP plus spécifiques, difficilement réalisables dans les autres centres (hôpital local, réseau, soins de premiers recours, MSP). Ainsi, le deuxième niveau d'ETP pourra proposer une ETP de proximité à des médecins généralistes qui éprouvent parfois des difficultés à la réaliser.

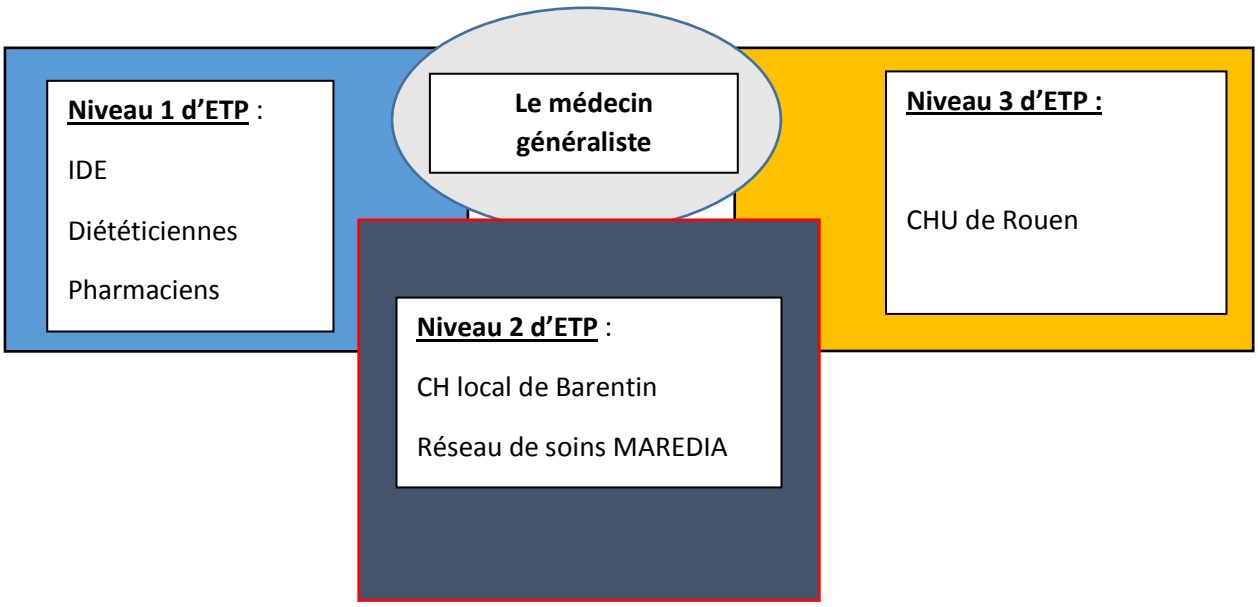


Figure 9 : Un maillage des différentes structures d'ETP

En fait, au vu du contexte démographique, des enjeux sanitaires et médico économiques, notre travail plaide pour une externalisation des moyens en vue d'un maillage territorial qui lui seul pourra assurer l'individualisation de la prise en charge si essentielle.

Ce travail est mené à une échelle très locale. Il n'est pas question de prétendre calquer notre réflexion sur d'autres localités puisque finalement chaque secteur à son histoire, ses professionnels et sa géographie ; il est donc unique.

Nous avons, au fils de ce travail de thèse, pu mesurer l'importance d'individualiser la prise en charge à chaque patient et à chaque professionnel ou structure. Cette individualisation devra être menée aussi sur chaque territoire. Elle repose, en effet, sur les personnes qui y assurent les soins puisque ce sont finalement elles qui appréhendent le mieux leurs besoins. Nous espérons avoir ici contribué à cet élan pour ce qui de l'ETP dans le secteur de Barentin.

CONCLUSION

En 2017, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge de la maladie diabétique comme d'autres maladies chroniques d'ailleurs. Elle est organisée, réglementée et même enseignée. Pour pouvoir être reconnue, recensée et valorisée, elle doit répondre à un cahier des charges puisque des référentiels existent.

Les médecins généralistes qui se sont portés disponibles pour faire partie de notre panel, revendiquent, et c'est bien légitime, un rôle central dans la pratique de cette dernière puisqu'ils connaissent au mieux leurs patients. Cet accompagnement dans la maladie, se heurte à des difficultés pratiques de mise en œuvre. Chercher à théoriser l'engagement du médecin généraliste semble impossible puisque finalement il s'agirait de le contraindre dans la pratique même de son « art médical ». De plus, cela risquerait de décourager toutes les initiatives que chacun mène dans son exercice au cabinet et au chevet de ses patients.

C'est en fait, à la périphérie de la relation que le médecin généraliste entretien avec les patients, qu'il faut structurer les démarches éducationnelles. A ce jour, les interlocuteurs dédiés existent déjà mais sans être connu, sans se connaitre, ils voient leur efficience se discuter dans le contexte médico-économique que nous connaissons. Ce n'est pas de nouveaux moyens dont il s'agit mais d'une meilleure communication pour une meilleure coopération, synergique.
On propose comme modèle, 3 échelons guidés par le seuil de gravité de la maladie mais avec le souci constant non seulement d'associer en permanence le médecin généraliste mais aussi chacun des autres intervenants. Toutes les initiatives seront discutées par l'ensemble des acteurs impliqués afin de cibler les actions sur les besoins réels des soignants et du malade. En effet, nous n'avons pas évoqué dans notre travail les vertus des associations de patient ; puisqu'à notre connaissance il n'en n'existe pas sur le territoire en question. Hors en termes de maladie chronique, en termes de qualité de vie, nous défendons l'idée que le patient, s'il est au cœur de notre prise en charge, doit être le cœur de toute démarche éducationnelle.

Table des annexes

ANNEXE 1 : Caractéristiques des médecins généralistes du canton de Barentin .102

ANNEXE 2 : Exemple de courriel d'invitation 103

ANNEXE 3 : Formulaire d'information et de consentement 104

ANNEXE 4 : Questionnaire de recueil des caractéristiques des participants 105

ANNEXE 5 : Caractéristiques des participants.....106

ANNEXE 6 : Grille d'entretien du focus group 1 /2 /3 108

ANNEXE 7 : Analyse longitudinale du focus group 1 109

ANNEXE 8 : Extrait du tableau d'analyse.....111

ANNEXE 9 : Questionnaire semi ouvert aux pharmaciens 112

ANNEXE 1 : Caractéristiques des médecins généralistes du Canton de Barentin

Nom commune	Sexe	AGE	nb_mg
ANNEVILLE AMBOURVILLE	1	64	1
BARENTIN	1	47	1
BARENTIN	1	48	1
BARENTIN	1	51	1
BARENTIN	1	52	1
BARENTIN	1	55	1
BARENTIN	1	56	1
BARENTIN	1	58	1
BARENTIN	1	61	1
BARENTIN	1	64	1
BARENTIN	1	65	1
BARENTIN	2	35	3
BARENTIN	2	46	1
BARENTIN	2	47	1
BARENTIN	2	53	1
BARENTIN	2	55	1
BARENTIN	2	56	1
DUCLAIR	1	35	1
DUCLAIR	1	38	1
DUCLAIR	1	46	1
DUCLAIR	1	62	1
DUCLAIR	2	33	1
DUCLAIR	2	36	1
DUCLAIR	2	46	1
DUCLAIR	2	52	1
JUMIEGES	1	52	1
JUMIEGES	2	53	1
PAVILLY	1	33	1
PAVILLY	1	39	1
PAVILLY	1	51	1
PAVILLY	1	62	1
PAVILLY	1	63	1
PAVILLY	2	38	1
PAVILLY	2	45	1
PAVILLY	2	56	1
STE MARGUERITE SUR DUCLAIR	2	66	1
ST MARTIN DE BOSCHERVILLE	1	66	1
ST MARTIN DE BOSCHERVILLE	2	59	1
ST PIERRE DE VARENGEVILLE	1	40	1
ST PIERRE DE VARENGEVILLE	2	44	1
ST PIERRE DE VARENGEVILLE	2	49	1
ST PIERRE DE VARENGEVILLE	2	63	1
LE TRAIT	1	52	2
LE TRAIT	1	67	2
VILLERS ECALLES	2	57	1
YAINVILLE	2	67	1

(Source: Données de la CPAM de Caen)

ANNEXE 2 : Exemple de courriel d'invitation

Bonjour,

Actuellement interne en médecine générale, j'effectue une étude qualitative sur l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 en médecine générale sur le secteur de Barentin et son Canton avec l'aide de ma directrice de thèse, le Dr Poulingue Géraldine (Médecin du SSR de Barentin).

Je me permets de vous solliciter pour savoir, si vous seriez prêts à participer à mon étude. Deux soirées auront lieu sous forme de groupe de discussion formé de 6 à 12 médecins généralistes.

La rencontre, d'une durée d'environ 1 heure 30 aura lieu à Barentin au SSR (17 Rue Pierre et Marie Curie, 76360 Barentin) **le jeudi 16 juin et jeudi 23 juin** avec un accueil à partir de 20h00.

Avec votre autorisation, les discussions seront enregistrées de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. Toutes les informations recueillies lors de cette rencontre seront traitées de façon anonyme et confidentielle.

Le but de cette étude n'est pas de juger votre pratique, mais d'améliorer les coopérations entre les différents professionnels de santé et d'essayer de vous proposer une consultation qui corresponde à vos attentes au SSR de Barentin et à proximité de vos patients. (Le SSR de Barentin a une diététicienne à sa disposition)

J'ai besoin de de votre aide, pour que l'on puisse réaliser ce projet de consultation, afin de vous aider au mieux dans l'éducation du patient diabétique de type 2, c'est un moyen aussi d'échanger sur nos pratiques.

J'ai pu également rencontrer Dr Ozenne médecin coordinateur de Maredia76 et une soirée est prévue fin juin avec les pharmaciens, différents acteurs intervenants dans l'éducation du patient diabétique de proximité.

Aujourd'hui face à une démographie médicale qui diminue et une demande croissante d'information des patients diabétiques, il est nécessaire de s'entraider.

Merci de me confirmer votre présence et de choisir une date parmi celles proposées (**jeudi 16 juin ou jeudi 23 juin**) par mail ou téléphone si vous êtes intéressés.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à cette demande et reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments confraternels.

ANNEXE 3 : Formulaire d'information et de consentement

Madame, Monsieur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sur la vision de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 par les médecins généralistes. Ce document vous renseigne sur les modalités de cette étude. N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs. La méthode choisie pour répondre à notre question est celle des focus group pour récupérer le plus de données sur votre expérience et votre opinion sur le sujet.

C'est pourquoi nous vous avons réuni pour une rencontre d'environ 1 heure 30.
Les discussions seront enregistrées de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données, puis les enregistrements seront détruits.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Nous vous ferons parvenir par mail à la fin de notre étude les résultats de l'analyse des données afin que vous puissiez vérifier que vous y retrouvez bien votre opinion. Nous serons attentifs à votre retour sur analyse.

Consentement libre et éclairé
Je soussigné (e) .....déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.
J'ai eu l'occasion de poser des questions.
Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.
Fait à :.....le .....

Signature : .....

ANNEXE 4 : Questionnaire de recueil des caractéristiques des participants :

FOCUS GROUPE de (lieu).....du (date)

Merci de compléter ces informations :

1. Vous êtes :
   -une femme ☐
   -un homme ☐

2. Année de naissance : ……..

3. Année d'installation : ……..... Informatisation du cabinet : OUI NON

4. Vous exercez en cabinet :

☐ - seul

- en groupe, précisez : ☐ Cabinet de médecins

☐ Cabinet avec plusieurs professions

☐ Maison de santé pluridisciplinaire

☐ Centre de Santé

5. Distance avec le Centre hospitaliers de Barentin : ……..

Le Centre hospitaliers Universitaire de Rouen : ……..

6. Pratiquez-vous l'éducation thérapeutique en Cabinet : Oui ou Non

7. Nombre de patients diabétiques de type 2 : (espace pro sur le ROSP)

☐ Entre 0 et 50

☐ Entre 50 et 100

☐ Plus de 100

8. Participez-vous un Réseau de Santé : Oui ou Non

9. Concernant la formation continue, participez-vous à :

☐ Un groupe de pairs
☐ La FMC locale
☐ Congrès
☐ Séminaires
☐ Autres : revues, diplôme spécifique…. (Précisez)
☐ Pas de FMC

10. Pratiquez-vous l'éducation du patient diabétique de type 2 en cabinet ?
☐ Jamais
☐ En permanence
☐ Quelques patients

11. Connaissez-vous la consultation de médecine polyvalente du CH de Barentin ?
☐ OUI
☐ NON

12. A quels professionnels de santé avez-vous recours pour éduquer vos patients diabétiques de type 2. (Classez par ordre de fréquence décroissant).

ANNEXE 5 : Caractéristiques des participants

Focus group	Sexe	Age	Durée d'installation (en années)	Mode d'exercice	Distance CH de Barentin	Distance CHU Rouen	Education en cabinet	Nombre de patients D2
FG1P1	F	54	25	Seul	15 km	25 km	Quelques patients	Entre 50-100
FG1P2	M	66	39	Cabinet de médecins	1 km	20 km	En permanence	Entre 50-100
FG1P3	M	59	27	Cabinet de professionnels	15 km	3 km	En permanence	Plus de 100
FG1P4	F	57	22	Cabinet de médecins	3 km	15 km	En permanence	Entre 0-50
FG1P5	M	52	24	Cabinet de professionnels	500 m	17 km	En permanence	Entre 50-100
FG1P6	F	36	3	Cabinet de professionnels	500 m	17 km	Jamais	Entre 50-100
FG1P7	F	48	11	Cabinet de médecins	500 m	15 km	Quelques patients	Entre 0-50
FG2P1	F	39	2	Cabinet de médecins	5 km	25 km	Quelques patients	Entre 0-50
FG2P2	F	37	8	Cabinet de médecins	15 km	25 km	Quelques patients	Entre 0-50
FG2P3	M	53	24	Cabinet de médecins	25 km	35 km	En permanence	Entre 50-100
FG2P4	F	50	20	Cabinet de médecins	3 km	15 km	Quelques patients	Entre 50-100
FG3P1	M	56	26	Cabinet de médecins	1 km	15 km	Quelques patients	Entre 50-100
FG3P2	F	57	26	Cabinet de médecins	1 km	15 km	Quelques patients	Entre 0-50
FG3P3	F	28	1mois	Cabinet de professionnels	1 km	15 km	En permanence	Entre 0-50
FG3P4	M	40	9	Cabinet de médecins	25 km	35 km	En permanence	Entre 50-100

ANNEXE 5 : Caractéristiques des participants (suite)

Focus group	Participation à un réseau de santé	Formation Continue	Connaissez-vous les consultations de médecine polyvalente de Barentin	A quels professionnels de Santé avez-vous recours pour éduquer vos patients	Informatisation du cabinet
FG1P1	oui	Groupe de pair-FMC locale-congrès	non	Maredia-Endocrinologue-Diététicienne	oui
FG1P2	oui	Groupe de pair-FMC local-séminaires	non	Diabétologue-MAREDIA-Diététicienne	oui
FG1P3	non	Groupe de pair-FMC local-prescrire	non	Endocrinologue	oui
FG1P4	oui	Groupe de pair -Congrès	non	Diététicienne-Endocrinologue de ville-MAREDIA-Service hospitalier	oui
FG1P5	oui	Groupe de pair-FMC locale-séminaires-DU ostéopathie	non	MAREDIA-Diététicienne	oui
FG1P6	oui	Groupe de pair- FMC locale	non	Diététicienne-MAREDIA	oui
FG1P7	oui	Groupe de pair- FMC locale	oui	MAREDIA-Diététicienne-Diabétologue	oui
FG2P1	non	Séminaires	non	Endocrinologue de ville-Endocrinologue CHU- diététicienne CHU Rouen	oui
FG2P2	oui	FMC locale	non	Endocrinologue de ville	oui
FG2P3	oui	FMC locale-revue médicale	oui	Diabétologue de ville-Diabétologue CHU Rouen	oui
FG2P4	non	FMC locale-	oui	Diabétologue de ville	oui
FG3P1	non	FMC locale	non	MAREDIA-diabétologue de ville-diabétologue hospitalier	oui
FG3P2	non	Groupe de pair-FMC locale-Séminaires	non	Diététicienne-Diabétologue-IDE	oui
FG3P3	non	Séminaires- Revue médicale	oui	IDE-Diabétologue-podologue	oui
FG3P4	non	Groupe de pair- FMC locale	non	Endocrinologue-IDE-Diététicienne	oui

ANNEXE 6 : Grille d'entretien du focus group 1 /2 /3

(Les questions en caractère italique sont des questions de relance)

1. Quels sont les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient diabétique selon vous ?
   - *Si on vous dit éducation thérapeutique du patient à quoi pensez-vous ?*
   - *Quelle est la définition de l'éducation thérapeutique selon vous ?*

2. Quelles sont les difficultés à réaliser l'éducation du patient diabétique en cabinet ?
   - *Quelle est votre expérience concernant l'éducation ?*
   - *Les difficultés à mener une éducation en cabinet viennent de vous ? du patient ?...*

3. MAREDIA: Quels en sont les bénéfices que vous avez constatés en adressant vos patients à Maredia ? Quels sont les freins à orienter vos patients diabétiques vers Maredia ?

4. Diabétologue hospitalier : Pourquoi avez-vous recours à un diabétologue hospitalier pour vos patients ? Pourquoi n'avez-vous pas recours à un diabétologue hospitalier ? dans l'éducation de vos patients.

5. IDE : Pourquoi orientez-vous ou pas vos patients vers une IDE dans l'éducation du patient diabétique?

6. Pharmaciens : Pourquoi orientez-vous ou pas vos patients vers un pharmacien dans l'éducation d'un patient diabétique ? (FG 1)
Quel serait selon vous le rôle du pharmacien dans l'éducation du patient ? (question FG 2 et 3)

7. Diététiciennes : Pourquoi orientez- vous ou pas vos patients vers une diététicienne ?

8 .En ce qui concerne la consultation de médecine polyvalente du CH de Barentin : En quoi peut-elle vous aider pour vos patients diabétiques ? Qu'est ce qui peut en limiter le recours ?

9. Comment pourrait-on améliorer localement la coordination des différents acteurs de l'éducation de vos patients diabétiques ?
   - *Que vous manque-t-il pour permettre une meilleure coopération ?*

ANNEXE 7 : Analyse longitudinale du focus group 1

CONTEXTE :

Lieu : Salle de réunion Du SSR De Barentin

Date : jeudi 16 juin à partir de 20h

Participants : 9 personnes présentes

- 7 médecins généralistes
- Observatrice : Dr Poulingue Géraldine praticien hospitalier du SSR de Barentin
- Animatrice : Moi-même (interne en médecine générale menant la recherche)

Les points positifs :

-Plus de médecins que les deux autres Focus Group

-Emergence de nombreuses idées.

-Leader membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine-Maritime

Les points négatifs :

Participation non équilibrée lié à la présence d'un leader (3 participants se sont peu exprimés dont deux proches du leader (intimidés par celui-ci ?)

Confusion parfois entre ETP- éducation à la santé

Résultats de la rétro action immédiate

1. **Quels sont les objectifs de l'éducation du patient diabétique pour vous :**
   - CHANGEMENT MODE DE VIE ET HABITUDES
   - PARTENARIAT MEDECIN-MALADE
   - MIEUX VIVRE AVEC SA MALADIE
   - DIALOGUER-ECOUTER-DECULPABILISER
   - PREVENTION DES COMPLICATIONS
   - COMPREHENSION
   - ADHESION –ACCEPTATION
   - CONTROLE HbA1c SANS ETRE COERCITIF
   - AUTONOMISER

2- Quelles sont les difficultés à réaliser l'éducation du patient diabétique en cabinet ?

- MANQUE DE TEMPS
- MANQUE DE REMUNERATION (CREATION DE CONSULTATION DEDIEE A L'ETP)
- MANQUE DE FORMATION –CONSEILS REPETITIFS STEREOTYPES
- ABSENCE DE PARTICIPATION DU PATIENT- MANQUE ADHESION DU PATIENT LIEE A L'ABSENCE DE SYMPTOMES
- PROBLEME SOCIO CULTUREL –BARRIERE DE LANGUE –HABITUDES ALIMENTAIRES
- DECOURAGEMENT DU MEDECIN GENERALISTE
- MULTIPLES MOTIFS DE CONSULTATION-CONSULTATION INDIVIDUELLE- ABSENCE D'EFFET DE GROUPE- MANQUE DE CONSULTATION PLURI PROFESSIONNELLE TRAVAILLANT ENSEMBLE

3. Quels sont les bénéfices et les inconvénients de Maredia ?

- ✓ **Bénéfices :**
  - STRUCTURE RELAIS-GAIN DE TEMPS POUR LE MEDECIN GENERALISTE
  - REPETITIONS DU DISCOURS EDUCATIF AU PATIENT- CONFORTE LE DISCOURS DU MG
  - ACCES A DES CONSULTATIONS DIETETIQUES GRATUITES
  - AMELIORATION DE L'EQUILIBRE GLYCEMIQUE ET DE L'ETAT DE SANTE DU PATIENT
  - SEANCES COLLECTIVES
  - FACILITE LE TRAVAIL DU MG
- ✓ **Freins :**
  - MECONNAISSANCE DU RESEAU
  - MANQUE DE COMMUNICATION ENTRE LE RESEAU ET LE MEDECIN GENERALISTE-PPS NON CONNU
  - ABSENCE DE FORMATION A TRAVAILLER EN RESEAU DANS LEUR CURSUS UNIVERSITAIRE
  - MANQUE DE TEMPS DE LA PART DU MEDECIN GENERALISTE POUR EXPLIQUER LES ASSOCIATIONS EXISTANTES
  - REFUS DU PATIENT
  - INEFFICACITE SUR CERTAINS PATIENTS
  - PROBLEME CULTUREL
  - SEANCE EN GROUPE
  - FREIN ADMINISTRATIF (ARS : 3 ATELIERS AVANT D'ACCEDER A UNE CONSULTATION DIETETIQUE)

4. Diabétologues hospitaliers

- ✓ **Pourquoi avez-vous recours à un diabétologue ou non ?**
  - DESEQUILIBRE DU DIABETE
  - DIFFICULTE DE PRISE EN CHARGE
  - CAS COMPLEXE – LORS D'APPARITION DE COMPLICATIONS MACRO OU MICRO VASCULAIRES
  - AVIS TELEPHONIQUE PONCTUEL
  - PROBLEME DE PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC DES DIFFICULTES SOCIO CULTURELLE
  - PASSAGE A L'INSULINE
  - HOSPITALISATION
- ✓ **Frein à avoir recours à un diabétologue :**
  - DIABETE EQUILIBRE –PAS INDICATION
  - DELAI DE CONSULTATION LONG
  - DEPOSSEDE LE MEDECIN TRAITANT
  - DIFFICULTES RELATIONNELLES ENTRE LES PROFESSIONNELS
  - MANQUE DE REPONSES

- MEPRIS
- MANQUE DE DISPONIBILITE
- PRIVILEGIENT LES CONSULTATIONS DE SUIVI

✓ **Comparaison diabétologues hospitaliers et libéraux**

- DELAI DE CONSULTATIONS PLUS RAPIDE
- PLUS RESPECTUEUX-PAS DE SUBSTITUTION AU MG
- RELATION PLUS SIMPLE –CORDIALE
- RETOUR COURRIER RAPIDE –BONNE COMMUNICATION
- DISPONIBILITE TELEPHONIQUE

5. IDE

✓ **Les bénéfices**

- MISE EN ROUTE DE L'INSULINE
- SUIVI DE L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT
- PASSAGE A DOMICILE- RELATION PRIVILEGIEE
- PROXIMITE
- AUTONOMISATION DU PATIENT
- POUR LES PATIENT AUX TROUBLES COGNITIFS-DEPENDANTS-FRAGILES

✓ **Les freins**

- PAS INTERET POUR DIABETE DE TYPE 2 SOUS ADO
- MANQUE DE TEMPS
- MANQUE DE DISPONIBILITE
- PAS DE MOTIVATION –ACTION PASSIVE ET NON ACTIVE
- PROBLEME DE REMUNERATIONS
- ABSENCE DE FORMATION A L'ETP

6. Pourquoi orientez-vous ou pas vos patients vers un pharmacien dans l'éducation d'un patient diabétique ?

✓ **Les freins :**

- PROBLEME DE CONFIDENTIALITE
- MANQUE DE TEMPS
- AUCUNE FORMATION
- PROBLEME D'INTERLOCUTEUR
- PAS SON ROLE
- COMMERÇANT – PROBLEME DE DUALITE COMMERÇANT-PROFESSIONNEL DE SANTE
- SUBSTITUTION DU MEDECIN GENERALISTE
- PROBLEME DE RELATION INTERPROFESSIONNELLE

✓ **Les bénéfices** : AUCUN

✓ **Reformulation de la question quels seraient selon vous les bénéfices à impliquer le pharmacien dans l'éducation du patient diabétique de type 2 :**

- EDUQUER A L'UTILISATION DE L'APPAREIL A DEXTRO
- VERIFIER L'INCOMPATIBILITE DES TRAITEMENTS
- VERIFIER OBSERVANCE
- VOIT LE PATIENT PLUS SOUVENT
- OUI DANS LE CADRE D'UN RESEAU

7. Les diététiciennes

✓ **Bénéfices :**

- MEILLEURE COMPREHENSION DU REGIME
- MEILLEUR SUIVI DES REGLES DIETETIQUES
- VERITABLES ENQUETES ALIMENTAIRES

✓ **Freins :**

- REFUS DU PATIENT
- ABSENCE DE REMBOURSEMENT

8. Connaissez-vous la consultation de médecine polyvalente du CH de Barentin ?

✓ **En quoi peut-elle vous aider pour vos patients diabétiques ?**

- PROXIMITE- ALTERNATIVE AU CHU
- OPTIMISATION DE PRISE EN CHARGE- EQUILIBRATION –ACCES A HOSPITALISATION PROGRAMMEE
- ACCES A CONSULTATION DIETETIQUE GRATUITE

✓ **Qu'est ce qui peut en limiter le recours ?**

- SI SUBSTITUTION DES ROLES
- DELAI DE CONSULTATIONS TROP LONG

9. Comment pourrait-on améliorer localement la coordination des différents acteurs de l'éducation de vos patients diabétiques ?

- MIEUX SE CONNAITRE
- REUNIONS PLURI PROFESSIONNELLES
- RESPECT DES SPECIALITES-DES UNS ET DES AUTRES – MIEUX DEFINIR LES ROLES DE CHACUN
- MODIFICATION DE L'ORGANISATION HORIZONTALE > ORGANSATION DESCENDANTE (ARS)
- FORMATION INITIALE COMMUNE (MEDECINS - PHARMACIENS) POUR MIEUX SE CONNAITRE
- OPTIMISER LA COMMUNICATION, DISPONIBILITE TELEPHONIQUE DES DIFFERENTS ACTEURS
- DEVELOPPER COMMUNICATION PAR MAIL
- DEVELOPPER UNE MESSAGERIE UNIVERSELLE

ANNEXE 8 : Extrait du tableau d'analyse

Categories	Sous catégories	Codes focus groupe 1	verbatim FG1	Codes focus groupe 2	Verbatim FG2	Codes focus group 3	Verbatim FG3
1.La vision de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes	Les objectifs	prevention des complications	« Il faut le préserver des complications du diabète, notamment la vue et les reins »	prevention	« Il faut leur expliquer l'importance du suivi et s'ils connaissent dès le départ les risques des complications, les différents intervenants de la prise en charge »FG2P1		
		autonomie	«Éduquer son patient, il ne faut pas le prendre au sens de la définition usuelle, ce n'est pas une conception de descendance «maitre à élève» mais le mot éduquer vient du latin « Educare » qui signifie autonomiser le patient ». FG1P5				« Le rendre autonome dans sa maladie » FG3P2 « Il faut rendre le patient acteur dans sa maladie » FG3P1
		améliorer la qualité de vie	« L'objectif ne doit pas être entièrement ciblé sur HbA1c, l'objectif est qu'il aille mieux, qu'il vive le mieux possible avec sa maladie »FG1P3				
		Dédramatiser	« Quand on dit diabète, il pense à insuline, amputation, hospitalisation, il faut dédramatiser, et leur expliquer »FG1P4				
		HbA1c	« L' HbA1c c'est un moyen pour travailler, savoir où ils en sont, on sait très bien que certains patients n'auront jamais une HbA1c inférieur à 8% » FG1P3				
	L'approche de L'etp	Médecin généraliste pivot de la prise en charge	« Je ne suis pas sure qu'on est besoin d'une consultation dédiée, pour moi l'effet groupe est important, déléguer la tache au réseau est aussi une solution. »FG1P4				« L'IDE, l'hôpital permettent de conforter nos conseils et recommandations, c'est un poids supplémentaire. L'intervention de chaque professionnel et la répétition des taches permettent au patient d'avancer néanmoins, c'est notre rôle à nous, de débuter cette activité» FG3P3
				Transmission de savoir	« Qu'ils connaissent également les objectifs de HbA1c, ce que c'est l'HbAc»FG2P1« Il faut qu'il connaissent dès le départ les complications, les différents intervenants et lui expliquer l'importance du suivi. »FG2P2		
		Partenariat soignant soigner	« Eduquer c'est l'idée de l'implication du patient dans un partenariat-une prise en charge à 50 / 50 dans la maladie, que l'un sans l'autre, on fonctionnera beaucoup moins bien » « Ce n'est pas une conception de descendance « maître à élève »			acteur	« Il faut s'adapter à la personnalité de chaque patient, il faut le rendre acteur dans sa maladie, et ne pas le laisser passif » FG3P1
		Permanente	« L'éducation doit se faire progressivement, pour atteindre les objectifs, ne pas brusquer le patient au risque d'être contreproductif » FG1P6 « Quand on est généraliste, on a plein de chose à dire, on doit s'inscrire dans la durée »FG1P5 « Il faut les accompagner dans le temps car ils vont avoir du mal à tenir, il ne faut pas hésiter à répéter nos actions d'éducation»FG1P3				
		Approche globale	« La véritable question de base, connait-on vraiment nos patients, est-ce qu'on s'intéresse à leur métier, leur travail, parce que il y a des métiers à risque les boulangers pâtissiers ou encore ceux qui travaillent à Ferrero, il faut s'adapter et être vigilant pour chaque patient »FG1P3		« Il faut prendre en compte l'individu lui-même, on s'adaptera à lui en fonction de l'âge et son autonomie. Les objectif ne sont pas les même en fonction de l'âge, l'alimentation n'est pas la même non plus. Il faut partir de ce qu'ils savent et s'adapter à eux »FG2P1		« Le problème des réseaux et de l'hôpital, la prise en charge est collective et ne permet pas de s'adapter au mode de vie, à la personnalité de chaque patient, elle n'est pas individualisée » FG3P3
	Questionnement sur l'efficacité	Cécité, amputation , AVC	« Oui quand je me suis installé j'avais beaucoup de patients atteints de cécité, d'amputation. Aujourd'hui au cabinet, nous n'avons aucun patient amputé. Les infarctus et les accidents vasculaires cérébraux, on en voit moins. J'ai l'impression que c'est efficace »FG1P5				
		HBA1C n'est pas une obsession/Indicateur efficacité	« L'HbA1c fait partie du tableau de bord du diabète, il faut que le patient comprenne ce que c'est. Dès lors qu'il sait, ça l'implique davantage. Il ne faut pas que ça devienne une obsession mais pour eux comme pour nous c'est un indicateur d'efficacité sans que cela devienne coercitif. On n'est pas là pour leur dire ce n'est pas bien mais plutôt c'est pas mal, on doit s'en servir pour les encourager »FG1P5			HBA1C n'est pas une obsession/Indicateur efficacité	« L'HbA1c, on l'aborde que quand le patient a compris sa maladie »FG3P2

ANNEXE 9 : Questionnaire semi ouvert aux pharmaciens

1. Pratiquez-vous l'éducation thérapeutique en officine dans le cadre du diabète de type 2 :

- Jamais
- Quelques patients
- Presque tous les patients
- En permanence

2. Pensez- vous être bien formé pour pratiquer L'éducation thérapeutique du patient diabétique en officine ?

- Oui
- Non

3. Quels sont les freins à l'éducation du patient diabétique en officine ?

- Manque de temps
- Manque de formation
- Absence de lieux dédiés
- Absence de rémunération spécifique
- Manque de compréhension des patients
- Autre :

4. Avez-vous accès au Dossier Médical Partagé :

- Chez tous les patients
- Chez quelques patients
- Presque tous les patients
- Tous les patients

5. Etes-vous satisfait de la coordination entre Médecins libéraux –Pharmaciens dans la prise en charge du diabète ?

- Oui, il existe une bonne coordination
- Non, il existe une difficulté de partage d'information entre les professionnels de santé et les officines

6. Comment peut-on améliorer la coordination interprofessionnelle Officines et Médecin généraliste et hôpital :

- En organisant des soirées communes de formations
- Par la création des Pôles et des Maisons de santé
- Formation en Education thérapeutique commune dans le cursus universitaire (Entre étudiant en médecine, en pharmacie et IDE)
- Un accès au dossier médical du patient DMP ou l'accès au programme d'ETP par les pharmaciens
- Autres :

AVEZ-VOUS des suggestions :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Diabète. Aide-mémoire N°312. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fr312/fr/.

2. DECCACHE A. Education pour la santé, éducation pour la santé : quelques concepts et leur signification en médecine générale. In SANDRIN-BERTHON B, AUJOULAT I, OTTENHEIM C, MARTIN F. L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. CFES. 1997. p51-62.

3. MILLER L, GOLDSTEIN V. More efficient care of diabetic patients in county-hospital setting. N England J Med. 1972;

4. ASSAL J. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aigüe au stade de la chronicité. Une grande gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encycl Méd Chir, Elsevier; 1996.

5. OMS Bureau Régional pour l'Europe. Education thérapeutique du patient, programme de formation continue par les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de L'OMS ; Copenhague. 1998.

6. DIRECTION GENERALE DE SANTE. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007.

7. HAS/INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : Guide Méthodologique. 2007.

8. Loi 2009- 879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF. 0167:12184. 2009.

9. SARRADON-ECK A, VEGA A, FAURE M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. Revue épidémiologique et de Santé publique 2008; (56) : S197–S206.

10. IVERNOIS J, GAGNAYRE R. Apprendre à éduquer le patient- Approches pédagogiques. 2ème édition. Paris: Maloine; 2004.

11. SOCIETE FRANÇAISE DE SANTE PUBLIQUE. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. 2008.

12. REDMON B, BERTONI A, CONNELLY S, FEENEY P. Diabetes care : Effect of the look AHEAD study intervention of medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. 2010; 1153–1158.

13. MOREAU A, SUPPER I. Effets des interventions éducatives sur la santé du patients de type 2. Exercer : 2011;(99): 191–200.

14. DEAKIN T, MCSHANE C, CADE J, WILLIAMS R. Cochrane database Syst Rev : Group based training for self management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. 2005;

15. BOREN S, FITZNER K, PANHALKAR P, SPECKER E. Diabetes Educ : Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. 2009;(35) : 72–96.

16. SAOUT L, CHARBONNEL B, BERTRAND D, GEFFROY L. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Nantes; 2008.

17. DUCOS J. L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Île-de-France : un défi à l'équité. Prat Org Soins; 2012.

18. http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante.

19. ENTRED (échantillon national représentatif des personnes diabétiques traitées) 2007-2010, résultats épidémiologiques principaux d'ENTRED métropole. INVS Juin 2012. www.invs.sante.fr.

20. SANDRIN-BERTHON B. Rapport : L'éducation thérapeutique : Intégrée aux soins de premier recours. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009.

21. BOURIT O, DRAHI E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. 2007.

22. BOUST E. Education Thérapeutique du patient diabétique de type 2 : Pratiques, Besoins et perspectives des médecins généralistes de la région dieppoise, dans le contexte de création d'une antenne locale de l'association MAREDIA. Université de Rouen; 2014.

23. https://www.infirmiers.com/pdf/synthese-diabete.pdf.

24. http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3723/44024/version/6/file/Code-de-deontologie.pdf.

25. ARS. Offre de soin de proximité en Haute Normandie : Etude Prospective des besoins en professionnels de santé. Insee Dossier Haute-Normandie : 2015.

26. BOURGEOIS C. Données et profils pour la région Haute-Normandie. Observation Santé/social : 2006.

27. G. FOLLIN, MUREAU C, SUEUR C. L'offre de soins de proximité en Haute Normandie : de nombreux professionnels à remplacer d'ici 2022. Insee Analyses Haute-Normandie : 2015.

28. JAFFIOL C, CORVOL P, REACH G, BASDEVANT A, BERTIN E. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. Paris: Académie Nationale de Médecine; janvier 2014;23p.

29. http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-departementales-Officine/Donnees-departementales#.

30. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer la revue française de médecine générale. 2008;(19): 142–145.

31. HUERRE M., LOUVEZ B. Education du patient : définitions, enjeux, limites et propositions des médecins généralistes. Etude réalisée sur l'arrondissement de Douai. Thèse : Médecine : Université de Lille ; 2003.

32. HAS. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Synthèse du rapport d'orientation sur l'analyse économique et organisationnelle. 2008. www.has.fr.

33. LACROIX A. Vie des congrès : Peut-on réconcilier logique médicale et logique du patient ? Journal de l'Association Française pour le développement de l'éducation thérapeutique. 2012.

34. DECCACHE A. Education pour la santé : reconnaître les nouveaux rôles des médecins et pharmaciens. La Santé de l'Homme; 2005.

35. http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/.

36. GRIMALDI A. L'éducation thérapeutique en questions. Obésité. 2014;9: 262–270.

37. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf.

38. GAYE T, MERCANS M. Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : Le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif. Midi-Pyrénées; 2015.

39. GACHET A. Représentations des médecins généralistes de l'éducation thérapeutique du patient : Etude qualitative menée auprès de 31 médecins généralistes de Savoie. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble ; 2013.

40. DOUMONT D, LIBION F. Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ? Ecole Santé Publique – Cent Rech En Système Santé. 2008.

41. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2011-dispositifs-transitoires/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/principes-generaux.php.

42. TURBAN F. Education thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme. Thèse de médecine générale ; Picardie; 2008.

43. PECCOUX-LEVORIN C. 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. Thèse de médecine générale ; Grenoble ; 2011.

44. 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.

45. GALLOIS P, VALLEE J-P, LE NOC Y. Éducation thérapeutique du patient-Le médecin est-il aussi un «éducateur»? Médecine. 2009; (5): 218–224.

46. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. 2 août 2010.

47. 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. Diabètes Metab. 2003;

48. GAYE T, MERGANS M. Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : Le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif. Thèse de médecin générale ; Midi-Pyrénées; 2015.

49. SERNY ZANUTTINI H. Analyse qualitative des difficultés rencontrées dans les relations interprofessionnelles : le médecin généraliste et ses partenaires de soins dans la prise en charge du diabète de type 2 : Toulouse; 2010.

50. THIBAUD C. Interdisciplinarité médecin-pharmacien : quelle est la perception des médecins ? Nantes; 2012.

51. JACQUEMET S, CERTAIN A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bulletin de l'ordre. 2000;(367) : 269–275.

52. VERNUS A-L, CATALA O, SUPPER I. Maisons et Pôles de santé pluri professionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. Annales pharmaceutiques Françaises. Février 2016;

53. HAZARD T. Le diabète : Modes de coopérations interprofessionnelles et place du pharmacien. Poitiers; 2014.

54. BOURGUEIL Y, LE FUR P, MOUSQUES J, YILMAZ E. Questions d'économie de la Santé. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES. 2008;(136).

55. IPCEM, Questions à propos de l'éducation thérapeutique. Disponible sur: http://ipcem.org/ETP/PDF/etpQuesRep.pdf .

56. VILLEROY DE GALHAU - LIPP S. Programmes d'éducation thérapeutique du patient et prise en charge du diabète de type 2 : profil et suivi des patients de l'étude DELTADIAB. Thèse de médecine générale ; Nancy ; 2013.

Résumé

Recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en secteur semi rural dans le canton de Barentin.

INTRODUCTION: En termes de maladie chronique, l'éducation thérapeutique de nos patients est un axe essentiel pour optimiser nos prises en charge mais aussi améliorer la qualité de vie. Ce jour, l'éducation thérapeutique est organisée, réglementée et même enseignée. Des réseaux existent. Le médecin généraliste, lui, est au cœur de la prise en charge de son patient. L'objectif de notre travail est de comprendre les raisons qui incitent ou n'incitent pas le médecin généraliste à travailler avec tels ou tels professionnels de santé : MAREDIA, infirmières libérales, pharmaciens, diététiciennes, service SSR, consultations de proximité, service de diabétologie, service téléphonique.

METHODE: Cette étude qualitative par focus group a été menée auprès d'un échantillon hétérogène de 15 médecins généralistes du secteur de Barentin et son Canton entre juin 2016 et décembre 2016. L'analyse des données dite par table longue a été réalisée.

RESULTATS : Trois axes principaux ont émergés. Une place privilégiée puisque légitime du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique, malgré des difficultés pratiques et organisationnelles. Une ETP qui doit être individualisée au patient. Une coopération entravée par un manque de communication et donc une méconnaissance réciproque des structures ou professionnels existants.

CONCLUSION : Les médecins généralistes interrogés font preuve d'engagement dans l'éducation de leur patient. A ce titre, ils se portent candidats à toute initiative permettant d'améliorer les connaissances interprofessionnelles qui, elles seules, et sans création de moyens supplémentaires, pourront optimiser la prise en charge des patients diabétiques.

Mots clés : Education thérapeutique, diabète, médecine générale, médecine polyvalente, réseau, soins primaires.