



**HAL**  
open science

# Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale à Marseille : pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP

Cécile Dard

► **To cite this version:**

Cécile Dard. Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale à Marseille : pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02048779

**HAL Id: dumas-02048779**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02048779>**

Submitted on 25 Feb 2019

**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.



**Faculté  
de Médecine**

**Aix\*Marseille Université**

**Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2  
en cabinet de médecine générale à Marseille :  
pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 16 Octobre 2018**

**Par Madame Cécile DARD**

**Née le 14 juillet 1990 à Noyon (60)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur HARLE Jean-Robert**

**Président**

**Madame le Professeur GABORIT Bénédicte**

**Assesseur**

**Madame le Professeur LAGOUANELLE Marie-Claude**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur LAMARCHI Jean-François**

**Directeur**





**Faculté  
de Médecine**  
Aix\*Marseille Université

**Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2  
en cabinet de médecine générale à Marseille :  
pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP.**

## **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 16 Octobre 2018**

**Par Madame Cécile DARD**

**Née le 14 juillet 1990 à Noyon (60)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur HARLE Jean-Robert**

**Président**

**Madame le Professeur GABORIT Bénédicte**

**Assesseur**

**Madame le Professeur LAGOUANELLE Marie-Claude**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur LAMARCHI Jean-François**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur  
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b>	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
*RIDINGS Bernard Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
*SAMBUC Roland Surnombre*  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud ( <i>Disponibilité</i> )	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
*ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre*  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,**

**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETTELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

#### **IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

#### **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

#### **NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### **OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
*RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre*

#### **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

#### **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### **NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

#### **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OUDIN Claire (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
 VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
 GREILLIER Laurent (PU-PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

## **REMERCIEMENTS**

**Aux Membres du Jury,**

**A Monsieur le Professeur Robert HARLE**

Professeur des universités et chef du service de médecine interne de l'hôpital de la Timone

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.  
Mon stage au sein de votre service m'a beaucoup appris et j'en garde un excellent souvenir.  
Puissez-vous trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A Madame le Professeur Bénédicte GABORIT**

Professeur des universités en endocrinologie

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury.  
Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.  
Soyez assurée de ma très sincère gratitude.

**A Madame le Professeur Marie-Claude LAGOUANELLE- SIMEONI**

Médecin généraliste - Maître de conférence universitaire

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury.  
Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.  
Soyez assurée de ma très sincère gratitude.

**Au Docteur Jean-François LAMARCHI**

Médecin généraliste - Directeur de thèse

Je te remercie avant tout d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.  
Je te suis reconnaissante de m'avoir accompagnée, rassurée et orientée, jusqu'à la fin.  
Je garderai un très bon souvenir de mon stage en médecine interne, merci pour ton soutien et ta pédagogie.  
J'espère que tu trouveras ici l'expression de ma sincère et profonde reconnaissance.

## A ma famille,

A mon frère Emile, je te remercie du fond de mon être pour tout ce que tu m'as toujours apporté, je voudrais être à la hauteur de ton calme, ta générosité et ta patience. Je t'aimerai toute ma vie plus que tout au monde.

A toi maman, je me remémore ton soulagement quand j'ai eu ma première année « *tu seras une femme indépendante ma fille* ». Merci pour ton féminisme, ta force, ta joie de vivre et ton imperturbable patience... Tu nous as tout donné, et sans toi, je ne serai jamais arrivée où j'en suis.

A toi papa, tu es mon modèle intellectuel, j'ai toujours voulu te ressembler. Merci pour ta sensibilité, ta curiosité et ton humanisme dont tu m'as fait cadeau et que je m'efforcerai d'entretenir précieusement. Tu es la lumière qui a éclairé ma route jusqu'ici.

A mes merveilleux grands-parents belges qui m'ont appris l'obstination et la persévérance. Vous serez toujours un modèle de réussite pour moi. Mamie je m'efforcerai de devenir une aussi bonne cuisinière que toi, si c'est possible. Papi tu es l'homme le plus courageux que je connaisse, sache qu'il n'y a pas un instant sans que je pense à toi.

A ma grand-mère Michelle et mon arrière grand-mère « mémé bobo », je pense encore souvent à vous, je voudrais tant que vous ayez vu ça... Vous serez toujours dans mon cœur.

A mes oncles et tantes, mes cousins, cousines, et grandes cousines, merci de former cette formidable famille qui est la nôtre.

Et à toi Sylvain, tu es la plus belle surprise que la vie m'ait faite. J'ai encore du mal à réaliser la chance que j'ai de t'avoir trouvé. J'espère que notre chemin ensemble sera long et aussi doux qu'il a commencé. Je vous aime, toi, et tes deux petits rayons de soleils.

## A mes amis,

A Amélie, tu es ma plus vieille amie, la vie nous a éloigné physiquement mais je m'étonne à chaque fois de te retrouver aussi proche. Je souhaite partager cette amitié qui m'est si chère toute notre vie.

A Eugénie, sans qui mes études de médecine auraient été les pires de ma vie. Nous avons vécu bien des épreuves ensemble, je te souhaite tout le bonheur que tu mérites, et je te porterai également dans mon cœur pour toujours.

A Philippe, tu es mon plus vieil ami, même si j'ai bien failli t'étriper en habitant avec toi, ça fait du bien de savoir qu'il y a quelques personnes qui me connaissent comme tu me connais. Tu as toujours été là pour moi, je t'en remercie sincèrement, et j'espère que ce n'est que le début de notre amitié !

A Fatou, Matthias, Jean, Léa, et Guillaume, ma belle bande de copains grâce à qui j'ai traversé mes 7 années d'études de médecine à Bobigny dans la joie et la bonne humeur. A quand le prochain weekend ?

A Gildas, qui m'a supportée durant toutes ces années sur les bancs de la fac, à la BU ! Je suis contente de d'avoir pas trop loin de chez moi (quand tu ne pars pas faire un p'tit tour du monde) ! Et vive les Cévennes !

A mes amis rencontrés à Apt, avec lesquels j'ai vécu une de mes plus belles années d'internat, comme une petite parenthèse de vie douce et tranquille à faire griller des sardines, jouer de la guitare, jouer à la pétanque dans le jardin, chanter debout sur le canap', déguster une grosse bertha et j'en passe.

- Alexis, avec qui acheter du jambon au marché devient une luxueuse épopée.
- Floriane, mon petit bouchon si attachant, avec qui j'ai bien failli me faire égorgé dans une ruelle sombre de Fès,
- Céline, qui m'a redonné le goût de la couture, et avec qui j'adore discuter.
- Vincent, pour toutes ces rigolades, tu vas vraiment me manquer si tu retournes dans le grand nord !
- Jonathan, pour nos longues discussions philosophiques, à tous ces plats que tu as goûté, et à ceux que je te forcerai encore à goûter bientôt dans mon nouvel appartement ! Tu es un merveilleux ami.
- Fiona, avec qui on a bien rigolé dans notre belle maison, et que je prends plaisir à revoir pour cancaner autour d'un mojito.

A Claire, ma belle rencontre du CHU, qu'est-ce qu'on a pu se marrer quand même ! Je te souhaite tout le meilleur rétablissement possible, tu me manques.

A Jacques, je suis très heureuse d'être ton amie (je sais que c'est un cercle très select !), et j'adore passer du temps avec toi autour d'un ou plusieurs verres ! Tu es ma belle rencontre marseillaise.

A Sandrine et Hervé, qui m'ont accueillie chez eux durant mon stage de formation à la médecine générale, qui ont été comme des parents pour moi pendant 6 mois, je ne saurai comment les remercier.

Et enfin, à mes nouvelles colocataires Céline et Rebecca qui sont de belles rencontres, ça me fait de la peine de vous quitter déjà, j'espère qu'on gardera contact !

# TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>6</b>
<b>II.1.</b>	<b>Objectif de l'étude .....</b>	<b>6</b>
<b>II.2.</b>	<b>Méthodes .....</b>	<b>6</b>
II.2.1.	Documentation.....	6
II.2.2.	Population de l'étude.....	7
II.2.3.	Construction du questionnaire.....	7
II.2.3.1.	Première partie : rôle du médecin généraliste dans l'ETP du patient DT2.....	8
II.2.3.2.	Deuxième partie : pratique en ETP des médecins généralistes.....	10
II.2.3.3.	Troisième partie : facteurs favorisant et limitant la pratique de l'ETP au sein du cabinet de médecine générale .....	11
II.2.3.4.	Quatrième partie : niveau de formation personnelle en ETP des médecins généralistes .....	11
II.2.3.5.	Cinquième partie : modalités de recours aux programmes d'ETP par les médecins généralistes.....	11
II.2.3.6.	Sixième partie : impact de la précarité sur le territoire d'exercice des médecins et adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires .....	12
II.2.3.7.	Septième partie : caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes.....	13
II.2.4.	Recueil des données .....	13
II.2.5.	Analyse statistique.....	13
II.2.6.	Déontologie .....	14
<b>III.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>III.1.</b>	<b>Statistiques descriptives .....</b>	<b>15</b>
III.1.1.	Taux de participation des médecins à l'enquête.....	15
III.1.2.	Caractéristiques de l'échantillon .....	15
III.1.3.	Représentation personnelle du rôle du médecin généraliste dans l'ET des patients DT2.....	15
III.1.4.	Pratique et modalité de l'ETP par les médecins généralistes de l'échantillon.....	17
III.1.5.	Facteurs favorisant et limitant l'ETP des patients DT2 au cabinet de médecine générale .....	18
III.1.5.1.	Facteurs favorisant.....	18
III.1.5.2.	Facteurs limitant .....	18
III.1.6.	Rapport aux programmes d'ETP marseillais.....	19
III.1.6.1.	Connaissance des programmes d'ETP .....	19
III.1.6.2.	Orientation des patients vers les programmes d'ETP.....	19
III.1.6.3.	Critères d'orientation vers les programmes d'ETP.....	20
III.1.6.4.	Facteurs limitant l'orientation des patients DT2 vers les programmes .....	20
III.1.7.	ETP et précarité .....	21
III.1.7.1.	Précarité du territoire d'exercice .....	21
III.1.7.2.	Adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires .....	22

<b>III.2. Analyse en sous-groupes .....</b>	<b>23</b>
III.2.1.Impact de la formation en ETP.....	23
III.2.1.1. Impact de la formation en ETP sur le rôle du médecin traitant .....	23
III.2.1.2. Impact de la formation sur la pratique de l'ETP.....	23
III.2.1.3. Impact de la formation en ETP sur l'orientation des patients vers les programmes d'ETP.....	24
III.2.1.4. Impact de la formation en ETP sur les facteurs limitant l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP .....	25
III.2.2.Impact de la précarité du territoire d'exercice.....	25
III.2.2.1. Impact de la précarité sur le rôle du médecin traitant.....	25
III.2.2.2. Impact de la précarité sur la formation en ETP .....	26
III.2.2.3. Impact de la précarité sur l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP .....	26
III.2.2.4. Impact de la précarité sur les facteurs limitants l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP .....	27
III.2.3.Le programmes d'ETP sont-ils adaptés aux patients précaires ?.....	28
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
<b>IV.1. Analyse critique de la méthodologie .....</b>	<b>29</b>
IV.1.1. Taux de participation à l'étude .....	29
IV.1.2. Représentativité de l'échantillon.....	29
IV.1.3. Biais de recrutement .....	30
IV.1.4. Biais de sélection .....	30
IV.1.5. Validité interne .....	30
<b>IV.2. Discussion des résultats.....</b>	<b>31</b>
V.2.1. Rôle du médecin généraliste dans l'ET de ses patients DT2.....	31
V.2.2. Evaluation des pratiques de l'ET des patients DT2 au cabinet de MG .....	34
V.2.3. Facteurs favorisant et limitant la pratique de l'ET des patients DT2 au cabinet de médecine générale .....	36
V.2.4. Le médecin généraliste et les programmes d'ETP .....	38
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>45</b>
<b>VII. ANNEXES.....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de l'échantillon .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 2 : Lettre d'accompagnement du questionnaire .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 3 : Lettre de relance accompagnant le questionnaire .....</b>	<b>56</b>
<b>VIII. LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>57</b>

# **I. INTRODUCTION**

Le diabète est une maladie chronique touchant 5% de la population française en 2015, soit 3,3 millions de personnes, dont 92% de diabétiques de type 2 (DT2).

La prévalence du diabète ne cesse d'augmenter (plus de 2% par an entre 2010 et 2015) [1].

Cet accroissement peut être attribué à l'allongement de l'espérance de vie des patients DT2, mais aussi au mode de vie contemporain (sédentarité, surpoids, manque d'hygiène alimentaire...).

De nombreuses études ont montré que l'éducation thérapeutique améliorait l'efficacité des soins et permettait de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète de type 2.

Le terme d'éducation thérapeutique apparaît en 1996 dans un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui la définit comme un processus d'apprentissage intégré au traitement et aux soins, centré sur le patient et adapté à ses besoins, dont le but est de l'informer et le responsabiliser, afin de maintenir voire d'améliorer sa qualité de vie [2].

L'éducation thérapeutique est une des priorités en matière de santé publique, elle est marquée par une succession de textes officiels [3].

En mai 1998, l'OMS Europe rédige les compétences attendues des soignants dans le domaine de l'ETP, explicitant son caractère multi professionnel et multidisciplinaire, et nécessitant pour les professionnels de santé de suivre des formations méthodologiques [4].

Les deux lois de 2004 relatives à la santé publique et à l'assurance maladie soulignent le nécessaire décloisonnement du système de soin et le caractère fondamental du développement d'une politique de prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risque et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [5].

Elles font suite en 2006, à la mise en œuvre de la LOLFSS (loi organique relative à la loi de financement de la sécurité sociale) où les crédits dévolus aux actions de santé publique sont rassemblés dans un nouveau programme intitulé « Santé publique et prévention » dans lequel figure explicitement l'éducation thérapeutique.

En 2009, la loi HPST portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient [6]. Elle est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique. Elle instaure un cadre légal formel pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, avec l'émergence de programmes d'ETP pluridisciplinaires.

Des programmes d'ETP hospitaliers se sont progressivement développés, mais la mise en place d'actions similaires en médecine ambulatoire est plus lente, même si on observe l'émergence d'une activité d'ETP informelle, intégrée à l'exercice quotidien des médecins de ville, dont chacun s'accommode selon son expérience et sa formation personnelle.

Le médecin généraliste est au cœur de l'organisation des soins de premier recours. Sa proximité avec le patient lui permet d'intervenir dans l'information, la prévention, le dépistage et le suivi des maladies chroniques, lui octroyant un rôle central pour les patients en affection de longue durée (ALD) dont il coordonne le parcours de soins. Force est de constater qu'il est l'acteur principal de l'éducation thérapeutique des patients DT2 par sa connaissance globale et son implication dans toutes les étapes de leur prise en charge.

L'incidence du diabète de type 2 se caractérise par de fortes disparités territoriales et socio-économiques.

En 2013 dans les Bouches-du-Rhône, 18,4 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté [7]. A Marseille, au dernier relevé statistique 2015 de l'INSEE, le pourcentage de chômeur était de 18,5% [8]. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux de la France métropolitaine et placent la Provence-Alpes-Côte d'Azur au 3<sup>e</sup> rang des régions les plus touchées par la pauvreté, après la Corse et les Hauts-de-France.

Afin d'améliorer le recours aux soins des populations démunies, la loi du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU). La CMU permet d'affilier à l'assurance maladie toute personne, résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas couvert au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré [9]. Ce système permet en théorie à tous les patients diabétiques de type 2 d'avoir le même accès aux soins. En 2015, la prévalence standardisée du DT2 traité était 2 fois plus élevée chez les personnes bénéficiant de la CMU-C que chez celles n'en bénéficiant pas [10].

Plusieurs études ont montré que sa prévalence chez les patients précaires était supérieure [11], [12], son dépistage insuffisant, les complications aiguës et chroniques plus fréquentes [13], [14], la mortalité accrue [15] et la consommation de soins primaires ainsi que la part d'hospitalisation sont augmentées [16].

Sa morbi-mortalité et son coût économique témoignent donc d'un enjeu sanitaire primordial, et sa disparité géographique traduit directement les inégalités sociales en France.

La plupart des patients diabétiques de type 2 vivant dans des milieux socio-économiques défavorisés ont une mauvaise capacité à pratiquer les autosoins.

En cause, le manque de moyens matériels nécessaires à la mise en œuvre des mesures hygiéno-diététiques, mais aussi la barrière linguistique et culturelle, le défaut de littéracie en santé (« aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité d'un individu à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé », OMS 1998) et de numératie en santé (capacité de comprendre des informations numériques telles que l'adaptation des quantités d'insuline aux glycémies par exemple).

Le besoin d'éducation thérapeutique auprès des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité ne s'en retrouve donc que renforcé, et l'objectif du médecin traitant, s'il décide de pratiquer lui-même l'ET de ses patients diabétiques précaires, est d'identifier les situations de précarité ou de risque social [17], afin d'adapter le programme d'ETP, en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques, afin de leur prodiguer les meilleurs soins primaires possibles.

Les hypothèses émises au commencement de cette étude sont les suivantes :

- Le médecin généraliste est un acteur principal de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2, mais les conditions d'exercice en cabinet de médecine générale limitent sa mise en place telle qu'elle est recommandée par la HAS 2009 par manque de temps, de financement, et de formation.
  
- La nécessité de prise en charge médicale et sociale des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité augmente le recours des médecins généralistes aux programmes d'ETP, en vue d'une prise en charge multidisciplinaire.

## **II. MATERIEL ET METHODES**

### **II.1. Objectif de l'étude**

Notre travail a été élaboré à partir d'une enquête descriptive transversale, qui s'est déroulée du 10/07/2018 au 31/07/2018, dont l'objectif principal était d'évaluer les pratiques de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 au cours de la consultation de médecine générale à Marseille.

Les objectifs secondaires étaient de :

- déterminer les facteurs favorisant et limitant la pratique de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 au cours de la consultation de médecine générale
- déterminer les modalités de recours aux programmes d'éducation thérapeutique pluridisciplinaires
- évaluer l'impact de la précarité sur l'orientation des patients vers les programmes d'éducation thérapeutique pluridisciplinaires

La finalité de ce travail était d'établir, neuf ans après l'inscription de l'ETP dans le parcours de soins du patient par la loi HPST, un état des lieux des pratiques en éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 au cabinet de médecine générale.

### **II.2. Méthodes**

#### **II.2.1. Documentation**

Avant de débiter notre étude, nous avons effectué une recherche bibliographique sur les sites internet PubMed, Cochrane Library, CISMef, le SUDOC et GoogleScholar.

La majorité des sources a été obtenue entre décembre 2017 et avril 2018.

Nous avons utilisé les termes et descripteur MeSH suivants :

- en français : « *Diabète type 2* », « *Education santé* », « *Malade* », « *Relation médecin malade* », « *Médecin* », « *Pratique professionnelle* », « *Ecoute thérapeutique* », « *Rôle professionnel* », « *Formation permanente* », « *Médecine* », « *Médecin généraliste* », « *Enquête* », « *Précarité* » « *patients avec faible revenu* » « *CMU* »

- en anglais : « *Diabetes type 2* », « *Health education* », « *Patient* », « *Physician patient relation* », « *Physician* », « *Professional practice* », « *Occupational role* », « *Continuing education* », « *Medicine* », « *General practitioner* », « *Survey* », « *Precariousness* » « *low-income patients* » « *CMU coverage* »

### **II.2.2. Population de l'étude**

Le questionnaire a été envoyé par mail à 211 médecins généralistes.

Les médecins inclus étaient les médecins généralistes installés à Marseille faisant partie d'une mail liste de la faculté de médecine de la Timone, fournie par mon directeur de thèse.

Nous avons exclu de l'étude les médecins généralistes n'ayant pas souhaité participer à l'étude, les internes de médecine générale (n'ayant pas encore le retour d'expérience nécessaire en matière d'éducation thérapeutique au cabinet de médecine générale), et ceux n'ayant pas rendu le questionnaire avant la date de fin du recueil.

### **II.2.3. Construction du questionnaire**

L'auto-questionnaire a été élaboré sur Google Forms® et intitulé : « Éducation thérapeutique des patients (ETP) diabétiques de type 2 au cabinet de médecine générale : pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP. ».

Il comprenait 18 questions, dont 90 items obligatoires à type de questions fermées et 8 items facultatifs à type de questions ouvertes.

Un exemplaire du questionnaire est présenté en annexe 1.

Il a été élaboré en 7 parties distinctes dans le but de répondre aux objectifs de notre travail.

- La première partie analysait la représentation personnelle du rôle du médecin traitant dans l'ETP de ses patients diabétiques de type 2 au cabinet (questions 1 et 3A).
- La deuxième partie explorait les pratiques en ETP des médecins généralistes de l'étude au sein de leur cabinet de médecine générale (question 2).
- La troisième partie concernait les facteurs favorisant et les facteurs limitant la pratique de l'ETP au sein du cabinet de médecine générale (questions 3B et 4).
- La quatrième partie appréciait le niveau de formation personnelle en ETP des médecins généralistes de l'étude (question 5).

- La cinquième partie évaluait l'état des connaissances des structures locales d'ETP par les médecins généralistes participants ainsi que leurs modalités de recours à ces programmes (questions 6, 7, 8 et 9).
- La sixième partie estimait l'impact de la précarité sur le territoire d'exercice des médecins participants ainsi que l'adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires (questions 10, 11 et 12).
- La septième partie était épidémiologique et relevait les caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes participants (questions 13, 14 ,15 ,16 et 17).

### **II.2.3.1. Première partie : rôle du médecin généraliste dans l'ETP du patient DT2**

La question 1 du questionnaire visait à évaluer la représentation de la place du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique de notre échantillon.

Elle reprenait les items de la *grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation d'un programme d'ETP* validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) [18], et conforme au décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national. Pour être mis en œuvre au niveau local, ces programmes doivent obligatoirement être autorisés par les agences régionales de santé.

Aucune grille n'est établie à ce jour à l'adresse des médecins généralistes afin d'évaluer leur pratique de l'ETP des patients DT2 au sein de leur cabinet de médecine générale.

Les objectifs de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins, de compétences de sécurité, ainsi que la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

Les compétences d'auto-soins représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé [19], comme la modification du mode de vie et les processus d'autodétermination.

Les compétences d'adaptation sont quant à elles, des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité de vivre dans leur environnement et de modifier celui-ci.

Les critères de jugement d'efficacité du programme d'ETP définis dans la *grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation d'un programme d'ETP* de la HAS sont autant d'objectifs à atteindre par le médecin généraliste réalisant l'ETP à son cabinet. Nous avons regroupé et travaillé ces différents objectifs pour en faire ressortir 8 questions (énumérées de 1A à 1H) que les médecins généralistes de l'échantillon devaient classer selon leur sentiment d'adhérence aux items, de « pas du tout » à « tout à fait » :

- Question 1A : Information au patient sur sa maladie (symptômes, suivi clinique et paraclinique, objectifs de contrôle glycémique, glycémie et HbA1c cible), son traitement (technique d'injection et d'adaptation des doses d'insuline, effets secondaires) et ses complications.
- Question 1B : Analyse des besoins éducatifs du patient en fonction des facteurs socio-environnementaux qui lui sont propres (difficultés d'apprentissage, statut socio-économique, niveau d'éducation, lieu de vie...), et définition d'objectifs personnalisés adaptés.
- Question 1C : Planifier un programme éducatif avec des priorités d'apprentissage et mettre en œuvre des séances d'ETP.
- Question 1D : Mise en place de mesures hygiéno-diététiques et de modification du mode de vie (alimentation équilibrée adaptée aux besoins nutritionnels, activité physique régulière avec objectifs atteignables).
- Question 1E : Mise en place de processus d'autodétermination (autosurveillance glycémique avec carnet de suivi, adaptation du traitement, de l'alimentation et de l'activité physique aux glycémies, autosurveillance des pieds).
- Question 1F : Acquisition de la gestion des situations d'urgence (reconnaitre les signes d'hypoglycémies, prévenir et gérer les hypoglycémies).
- Question 1G : Mise en place et coordination d'une équipe pluriprofessionnelle autour du patient (infirmier(ère), diététicien(enne), podologue, spécialiste(s)...).
- Question 1H : Apporter un soutien psychosocial aux patients et viser l'amélioration de leur qualité de vie au sein de leur environnement (activité professionnelle, loisirs) et de leur entourage (implication des proches).

Les 2 items suivants de la *grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation d'un programme d'ETP* de la HAS n'ont pas été traités dans notre questionnaire :

- Veiller à l'amélioration des critères cliniques et biologiques : Glycémie à jeun (GAJ) et Hémoglobine glyquée (HbA1c). Cet item était jugé trop évident, car la surveillance de la GAJ et de l'HbA1c font partie des critères de surveillance trimestriels du diabète de type 2, usuellement réalisé par le médecin traitant.
- Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme d'ETP. Cet item n'a pas été traité car il relève plus particulièrement de l'auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme d'ETP en termes de résultat.

L'objectif de cette question étant de rechercher si les représentations de l'ETP des médecins généralistes de l'étude sont en accord ou non avec les recommandations de la HAS.

### **II.2.3.2. Deuxième partie : pratique en ETP des médecins généralistes**

La question 2 permettait de déterminer le pourcentage des médecins généralistes pratiquant l'ETP au sein de leur cabinet de médecine générale.

Les médecins pratiquant l'ETP étaient dirigés vers les questions 2B, 2C et 2D concernant les modalités de leur pratique de l'ETP au cabinet.

A la question 2A « Diriez-vous que vous faites de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 dans votre pratique au cabinet ? », la réponse « non » entraînait le passage direct à la question 3A, sans répondre aux questions 2B, 2C et 2D sur les modalités de réalisation de l'ETP. Ce choix a été réalisé afin de limiter le nombre de questions par lesquelles les MG répondants ne se sentaient pas concernés.

Les questions 2B, 2C et 2D définissaient respectivement le cadre, le moment et les moyens pédagogiques utilisés par les MG.

Les items de réponse ont été établis en fonction des moyens pédagogiques les plus utilisés par les médecins dans l'ETP au sein de plusieurs études dont nous discuterons par la suite.

### **II.2.3.3. Troisième partie : facteurs favorisant et limitants la pratique de l'ETP au sein du cabinet de médecine générale**

Au-delà de sa pratique personnelle de l'ETP au cabinet de médecine générale, la question 3A évaluait le sentiment de légitimité du médecin généraliste dans l'ETP de ses patients DT2. Les médecins généralistes estimant leur rôle central dans l'ET étaient dirigés vers la question 3B qui explorait ainsi les facteurs favorisant la pratique de l'ET au cabinet, alors que les médecins répondant « non » passaient directement à la question 4, qui en évaluait les facteurs limitants.

Il a été décidé de ne pas poser la question des facteurs favorisant aux médecins généralistes estimant que l'ETP ne faisait pas partie de leur rôle, afin de limiter le biais et de ne pas rendre le questionnaire fastidieux pour les professionnels ne se sentant pas concernés par la pratique de l'ETP au cabinet.

Les différents items de réponse ont été établis à partir de différentes études dans lesquelles était demandé aux médecins généralistes les facteurs favorisant et limitant leur participation à des actions d'ETP.

### **II.2.3.4. Quatrième partie : niveau de formation personnelle en ETP des médecins généralistes**

Le niveau de formation en ETP des médecins généralistes participants était important à recueillir, afin de déterminer l'impact de ce dernier sur leurs pratiques au cabinet de médecine générale (question 5A).

Des formations universitaires diplômantes se sont développées dans les suites de la loi HSPT 2009, mais aucune formation ne fait à ce jour partie intégrante au programme universitaire obligatoire.

### **II.2.3.5. Cinquième partie : modalités de recours aux programmes d'ETP par les médecins généralistes**

La question 6 évaluait l'état des connaissances du réseau d'ETP régional auquel les médecins généralistes participants pouvaient recourir, 10 ans après la loi HSPT 2009.

La question 7 quantifiait le nombre de patients que les médecins orientaient vers un programme d'ETP, sachant que les médecins répondant « aucun » à cette question passaient directement à la question 9.

La question 8 invitait les médecins ayant recours aux programmes d'ETP à indiquer les critères d'orientation de leurs patients DT2 vers ces programmes.

Les éléments de réponse proposés regroupaient différents critères de gravités du diabète de type 2, ainsi que les causes d'échec de l'ETP au cabinet de médecine générale, et les deux items 8C et 8D évaluaient l'impact de la précarité en santé sur le choix d'orienter le patient vers un programme.

La question 9 évaluait les obstacles à l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP.

Les items de réponse regroupaient les facteurs liés au patient (refus) et les facteurs liés à la pratique du médecin (méconnaissance du réseau d'ETP, manque d'habitude), ses croyances personnelles (peur de perdre de vue le patient, peu d'efficacité des programmes), et les causes intrinsèques au réseau d'ET (difficulté d'accès aux programmes, peu de retour d'information).

#### **II.2.3.6. Sixième partie : impact de la précarité sur le territoire d'exercice des médecins et adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires**

Un rappel sur la précarité était effectué avant la question 10, redéfinissant sa dimension multifactorielle (situation socio-économique, logement, emploi, couverture sociale, niveau d'étude et état de santé général).

La question 10 proposait aux médecins de situer sur une échelle de 0 à 10 le niveau de précarité de leur territoire d'exercice, afin de définir un « taux de précarité ressenti ».

La question 11 établissait, quant à elle, une estimation de la proportion moyenne de patient bénéficiant de la CMU des médecins de l'échantillon.

Ce taux est normalement indiqué pour chaque médecin généraliste sur son relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP), lui permettant d'avoir un recul sur son activité annuelle. La CMU s'adresse aux personnes les plus démunies et constitue, en pratique de ville, une caractéristique facilement identifiable pour les médecins généralistes.

Le taux moyen de patients bénéficiant de la CMU dans les Bouches-du-Rhône était de 11.1% en 2017 [20].

La question 12A interrogeait les médecins généralistes concernant le niveau d'adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires.

Les questions 12B, 12C et 12D cherchaient à mettre en évidence les différents niveaux d'adaptation des programmes d'ET face à la précarité, sur le plan de l'isolement, de la coordination des soins, et de l'observance.

#### **II.2.3.7. Septième partie : caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes**

Les questions 13, 14, 15, 16 et 17 collectaient les caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins de l'échantillon : sexe, âge, type et lieu d'activité.

#### **II.2.4. Recueil des données**

Une lettre d'introduction était jointe au questionnaire (annexe 2).

Elle présentait le sujet et l'objectif de la thèse, le temps de passation du questionnaire, et nos coordonnées personnelles.

Le questionnaire a été testé au préalable par auto-administration à 3 médecins généralistes, qui n'ont pas fait partie ensuite de l'échantillon sélectionné.

L'envoi a été effectué le 10 juillet 2018 aux 211 médecins de l'échantillon soit un peu moins de 20% de la population des médecins généralistes marseillais. Suite à l'envoi initial, deux relances ont été faites le 16 juillet et le 20 juillet 2018. Le nombre de relance a été limité afin de ne pas solliciter l'ensemble des médecins, notamment ceux ayant déjà répondu.

Le 30 juillet 2018, date de fin de réception des questionnaires, nous avons obtenu 69 questionnaires réponse à analyser.

#### **II.2.5. Analyse statistique**

Les données obtenues sur le logiciel Google Forms<sup>®</sup> ont été transposées puis codées dans un document Excel<sup>®</sup>.

Les questions ouvertes appelaient des réponses textuelles.

L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel SPSS<sup>®</sup> version 2017, avec l'aide du Centre d'Investigation Cliniques de l'hôpital de la Conception à Marseille.

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse simple qualitative permettant l'étude des fréquences, et dans un second temps, une analyse croisée par le test de Khi-2 de Pearson associé. Le seuil statistiquement significatif retenu était  $p \leq 0,05$  et on indiquait une tendance pour  $p < 0,1$ .

Les résultats ont été présentés sur des graphiques et dans des tableaux élaborés sur Excel<sup>®</sup>.

### **II.2.6. Déontologie**

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) est entré en application le 25 mai 2018, entraînant la suppression des déclarations de fichiers à effectuer auprès de la CNIL. Seules certaines formalités préalables subsistent (demande d'avis pour les secteurs police/justice, demande d'autorisation pour certains traitements de données de santé notamment). En contrepartie, le traitement des données à caractère personnel soumet son administrateur à la pleine responsabilité de la protection des données.

L'anonymat des participants était garanti par le logiciel Google Forms®.

Le mail avec le lien du questionnaire a été envoyé à chaque médecin séparément afin de ne pas diffuser la mail liste aux autres participants.

### III. RESULTATS

#### III.1.Statistiques descriptives

##### III.1.1.Taux de participation des médecins à l'enquête

69 médecins ont répondu parmi les 211 médecins généralistes auxquels le questionnaire avait été envoyé, ce qui correspondait à un taux de participation de 32.7 %.

##### III.1.2.Caractéristiques de l'échantillon

Les principales caractéristiques des 69 médecins de notre échantillon sont regroupées dans le tableau suivant :

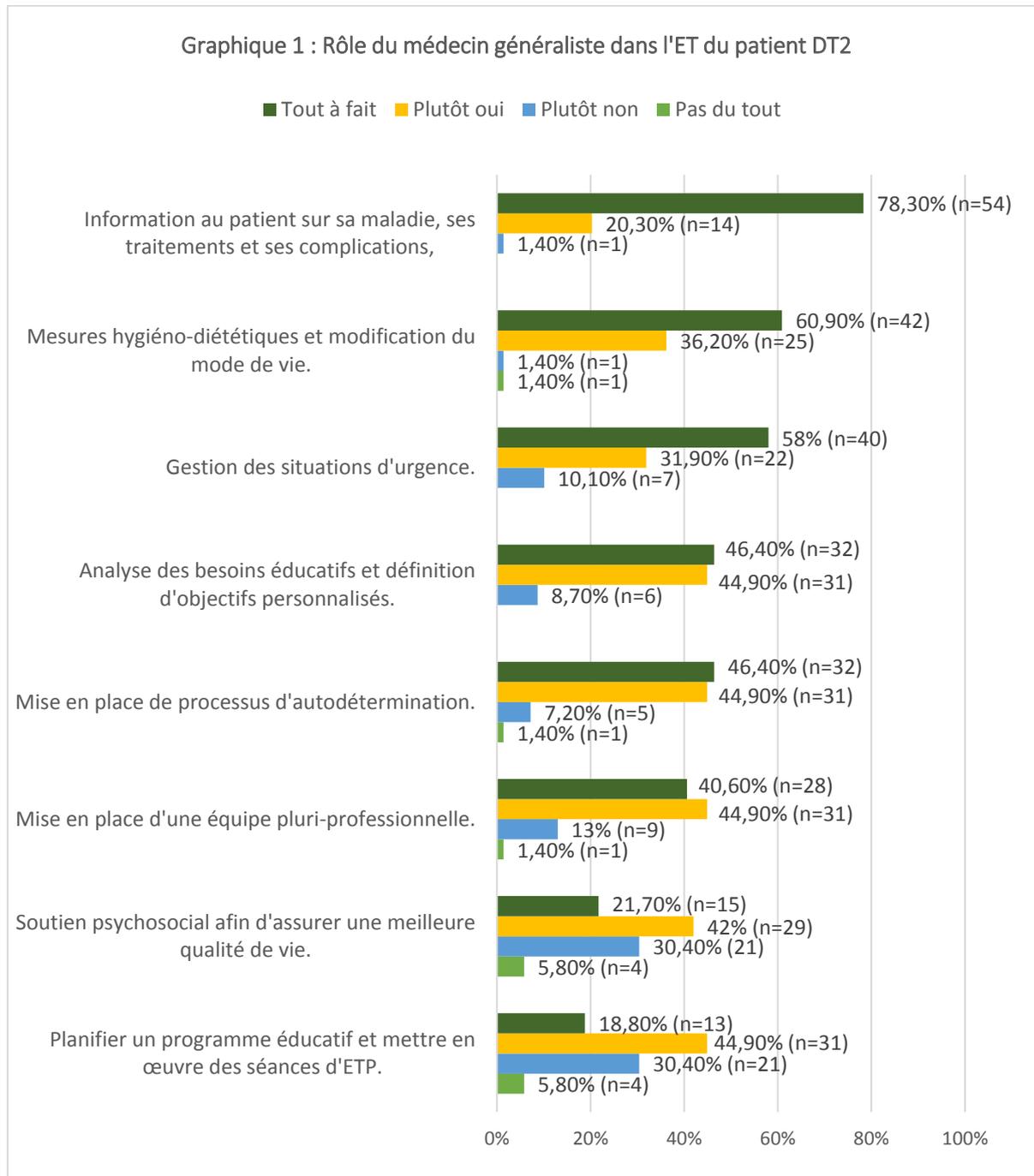
<b>Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'échantillon</b>		
	<b>Effectifs</b> n	<b>Pourcentage</b> %
<b>Total</b>	69	100 %
<b>Sexe</b>		
Homme	44	36.2 %
Femme	25	63.8 %
<b>Age</b>		
< 40 ans	18	26.1 %
40 - 50 ans	12	17.4 %
50 - 60 ans	22	31.9 %
> 60 ans	17	24.6 %
<b>Type de commune d'exercice</b>		
Urbain	42	60.8 %
Semi rural	22	31.9 %
Rural	5	7.2 %
<b>Activité</b>		
Libérale exclusive	59	85.5 %
Mixte	10	14.5 %
Salariée exclusive	0	0 %
<b>Pratique</b>		
En groupe	55	79.7 %
Seul	11	16 %
Remplaçant	3	4.3 %
<b>Formation ETP</b>		
Oui, il y a moins de 5 ans	19	27.5 %
Oui, il y a moins de 10 ans	16	23.2 %
Jamais	34	49.3 %

##### III.1.3.Représentation personnelle du rôle du médecin généraliste dans l'ET des patients DT2

91.3% (n=63) des médecins généralistes de l'étude estimaient le rôle du médecin généraliste primordial dans l'éducation thérapeutique des patients DT2.

Les 69 médecins étaient interrogés dans la question 1 sur leur représentation personnelle du rôle du médecin généraliste dans l'ETP du patient DT2 au cabinet de médecin générale.

Les réponses se répartissaient de la manière suivante :



Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 résidait pour la grande majorité des médecins de l'échantillon dans le fait d'informer le patient sur sa maladie, ses traitements et ses complications (78.3% de « tout à fait d'accord » et 20.3% de « plutôt oui »).

Arrivaient ensuite la mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques et la modification du mode de vie (60.9% de « tout a fait d'accord » et 36.2% de « plutôt oui »), la gestion des situations d'urgence (58% de « tout a fait d'accord » et 31.9% de « plutôt oui »), la définition d'objectifs personnalisés et la mise en place de processus d'auto détermination (46.4% de « tout a fait d'accord » et 44.9% de « plutôt oui »), et la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire autour du patient (40.6% de « tout à fait d'accord » et 44.9% de « plutôt oui »).

Cependant, la planification d'un programme éducatif avec mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique, ainsi que l'apport d'un soutien psychosocial en vue d'améliorer la qualité de vie n'étaient cités que par 63.7% des médecins généralistes, avec dans les deux cas, 30.4% de « plutôt non » et 5.8% de « pas du tout ».

#### III.1.4.Pratique et modalité de l'ETP par les médecins généralistes de l'échantillon

82.6% (n=57) des médecins de l'échantillon déclaraient pratiquer l'éducation thérapeutique de leurs patients diabétiques de type 2 au sein de leur cabinet de médecine générale.

Le tableau suivant décrit les modalités de leur pratique de l'ETP :

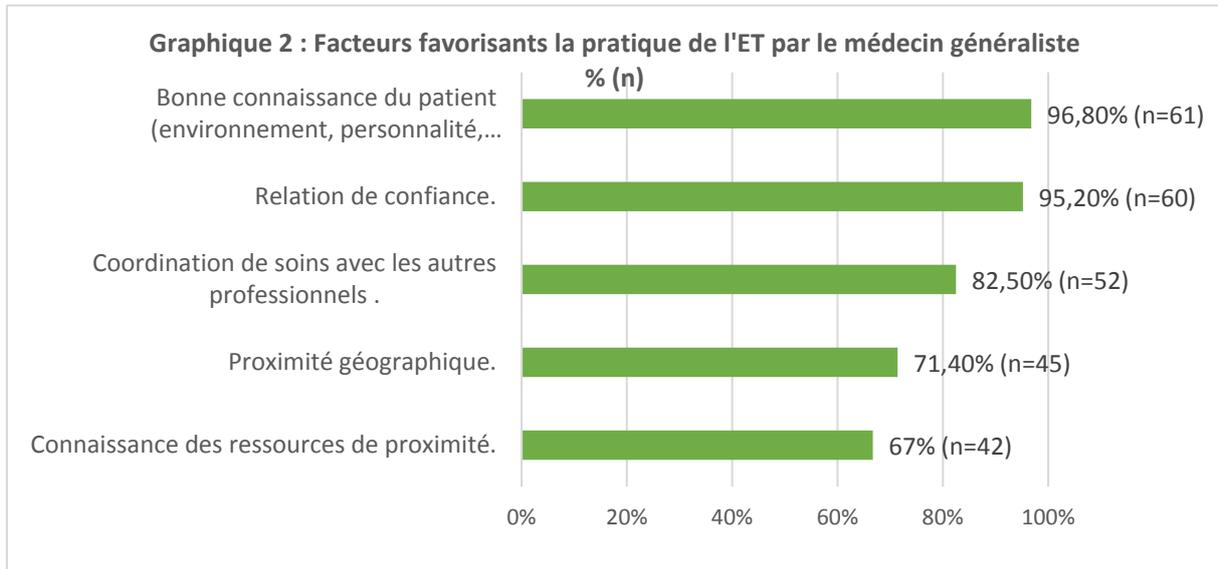
<b>Tableau 2 : Modalités des pratiques de l'ETP au cabinet de médecine générale</b>		
	<b>Médecins pratiquant l'ETP au cabinet de médecine générale</b>	
	<b>Effectifs n</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Total</b>	57	100 %
<b>Cadre</b>		
Seul	46	80.7 %
En groupe (avec d'autres professionnels de santé, associations de patient...)	11	19.3 %
<b>Moment</b>		
Au cours d'une consultation normale	49	86 %
Au cours d'une consultation dédiée	8	14 %
<b>Moyen(s) pédagogique(s)</b>		
Entretien individuel	55	96.5 %
Supports écrits, documents, brochures	34	60.7 %
Apprentissage de techniques	26	45.6 %
Partage d'expérience	10	17.5 %
Mise en situation	6	10.5 %
Internet	5	8.8 %

Les modalités de la pratique de l'ETP ne variaient pas significativement en fonction des caractéristiques des médecins (âge, sexe, type et lieu d'activité, formation en ETP).

### III.1.5. Facteurs favorisant et limitant l'ETP des patients DT2 au cabinet de médecine générale

#### III.1.5.1. Facteurs favorisants

Les facteurs favorisants la pratique de l'ET au sein du cabinet de médecine générale sont répertoriés dans le graphique suivant :

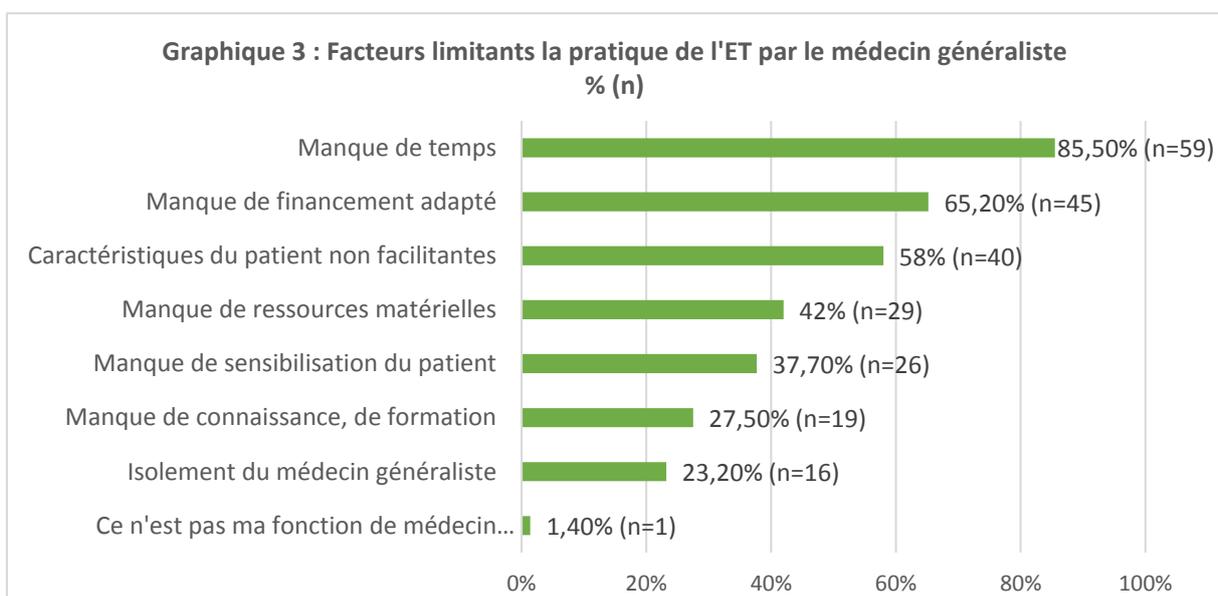


Deux médecins ont évoqué respectivement en réponse libre la « réactivité » et la « rapidité d'accessibilité » du médecin généraliste.

Un médecin cite la « connaissance de l'aspect culturel du patient et de son entourage ».

#### III.1.5.2. Facteurs limitants

Les facteurs limitants la pratique de l'ET au sein du cabinet de médecine générale sont répertoriés dans le graphique suivant :



Un médecin évoquait en réponse libre « *la barrière de la langue, illettrisme ou faible scolarisation du patient* ».

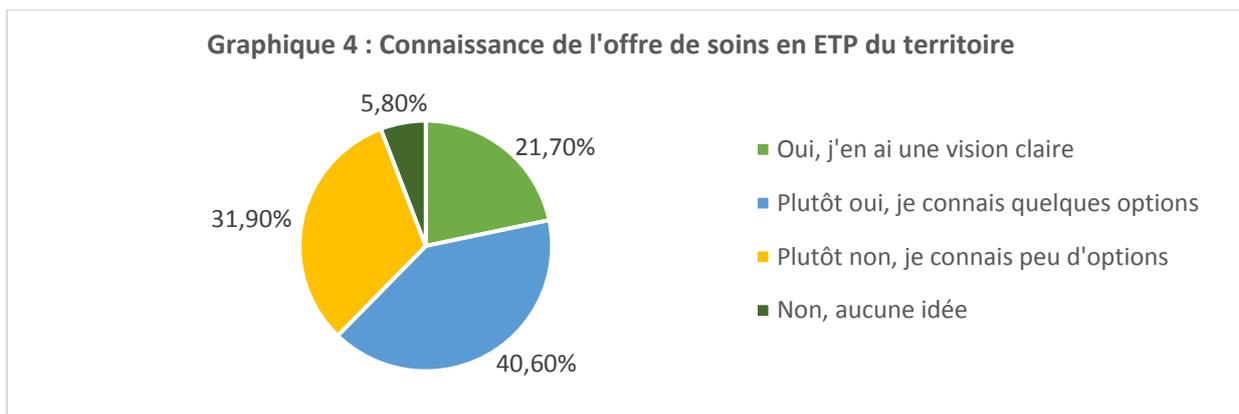
Un autre écrivait que « *faire une prescription tous les 3 mois rend la consultation très dense* ».

Un troisième médecin de l'échantillon dénonçait « *la méconnaissance totale de l'ETP par les médecins généralistes* ».

### III.1.6. Rapport aux programmes d'ETP marseillais

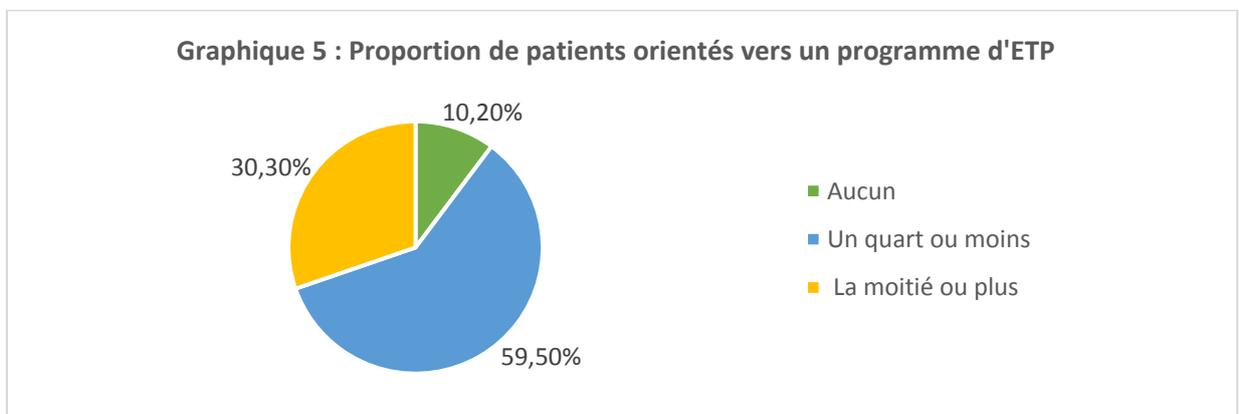
#### III.1.6.1. Connaissance des programmes d'ETP

62.3% des médecins de l'étude estimaient connaître suffisamment l'offre de soin en ETP de leur territoire d'exercice, 31.9% en avaient seulement notions et 5.8% ne connaissaient aucun centre d'ETP et n'y avaient jamais recours.



#### III.1.6.2. Orientation des patients vers les programmes d'ETP

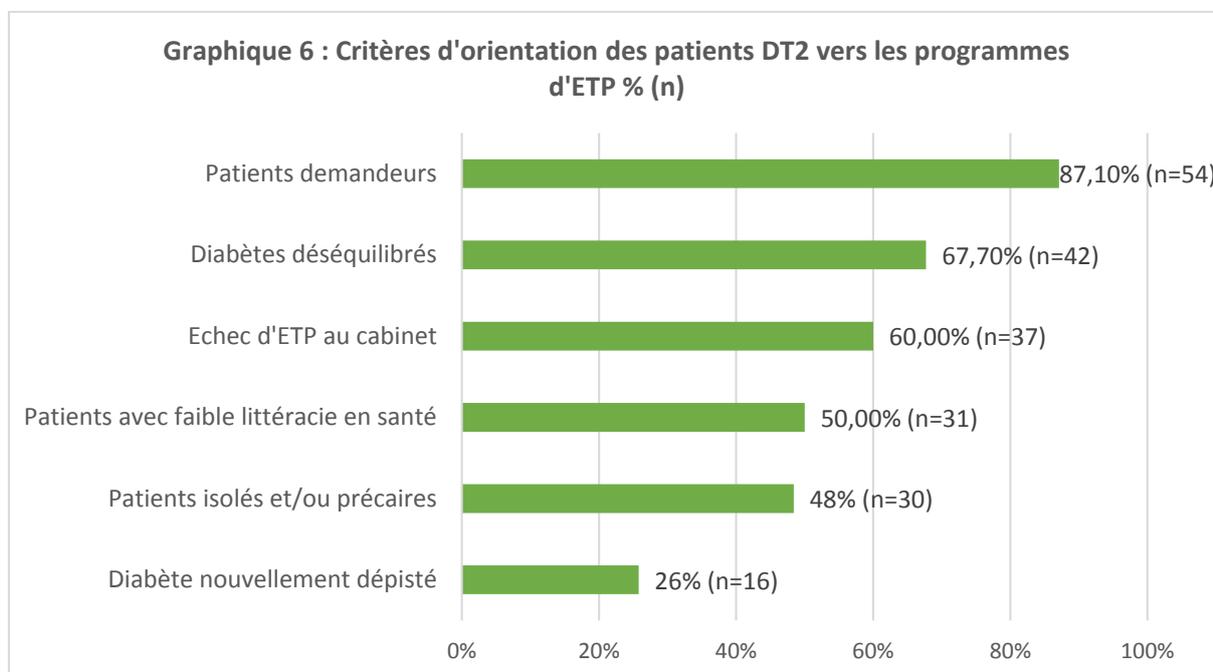
La proportion de patients DT2 orientée vers les programmes d'ETP par leur médecin traitant est résumée dans le graphique suivant :



89.8% (n=62) des médecins de l'étude adressaient leurs patients vers les programmes d'ETP.

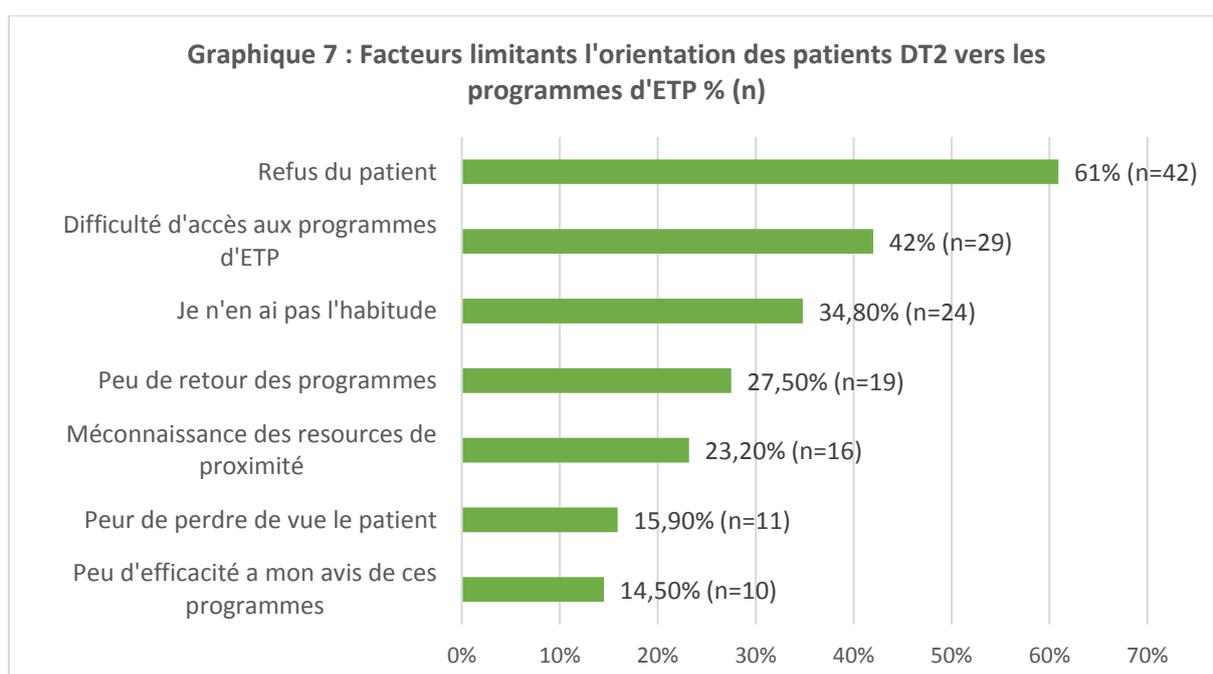
### III.1.6.3. Critères d'orientation vers les programmes d'ETP

Le graphique ci-dessous regroupe les critères d'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP :



### III.1.6.4. Facteurs limitants l'orientation des patients DT2 vers les programmes

Les facteurs limitant l'adressage des patients aux centres d'ETP pas les médecins de l'étude sont décrits dans le tableau suivant :

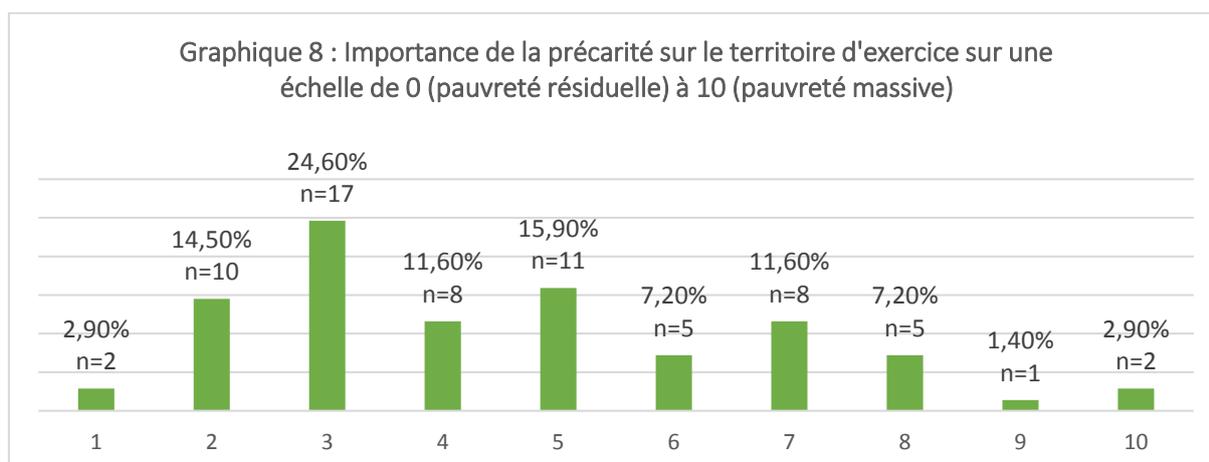


### III.1.7.ETP et précarité

#### III.1.7.1. Précarité du territoire d'exercice

La précarité du territoire d'exercice était évaluée à travers le pourcentage de patient bénéficiant de la CMU et le niveau de précarité ressentie par les médecins de l'échantillon.

L'importance de la précarité sur le territoire d'exercice, telle que ressentie par les médecins de l'échantillon, était répartie de la façon suivante :



On a défini pour la suite de notre étude « l'exercice en zone de précarité » comme un résultat strictement supérieur à 5/10 à la question 10.

De la même façon, le taux moyen de patients bénéficiant de la CMU dans les Bouches-du-Rhône étant de 11.1% en 2017 [20], nous avons défini les médecins ayant « un pourcentage de patients supérieur à 10% » comme un indice d'exercice en zone précaire.

Les données de nos deux variables sont regroupées dans le tableau suivant :

<b>Tableau 3 : Niveau de précarité du territoire d'exercice</b>		
	<b>Effectifs</b> n	<b>Pourcentage</b> %
<b>Total</b>	69	100 %
<b>Précarité ressentie sur le territoire d'exercice</b>		
≤ 5/10	48	69.6 %
> 5/10	21	30.4 %
<b>Pourcentage de patients bénéficiant de la CMU</b>		
5%	20	29 %
10%	19	27.5 %
15%	7	10.2 %
≥ 20%	18	26.1 %
Ne sait pas	5	7.2 %

30.4% des médecins de l'étude exerçaient en zone précaire, c'est-à-dire indiquaient un niveau de précarité ressenti sur leur territoire d'exercice supérieur à 5.

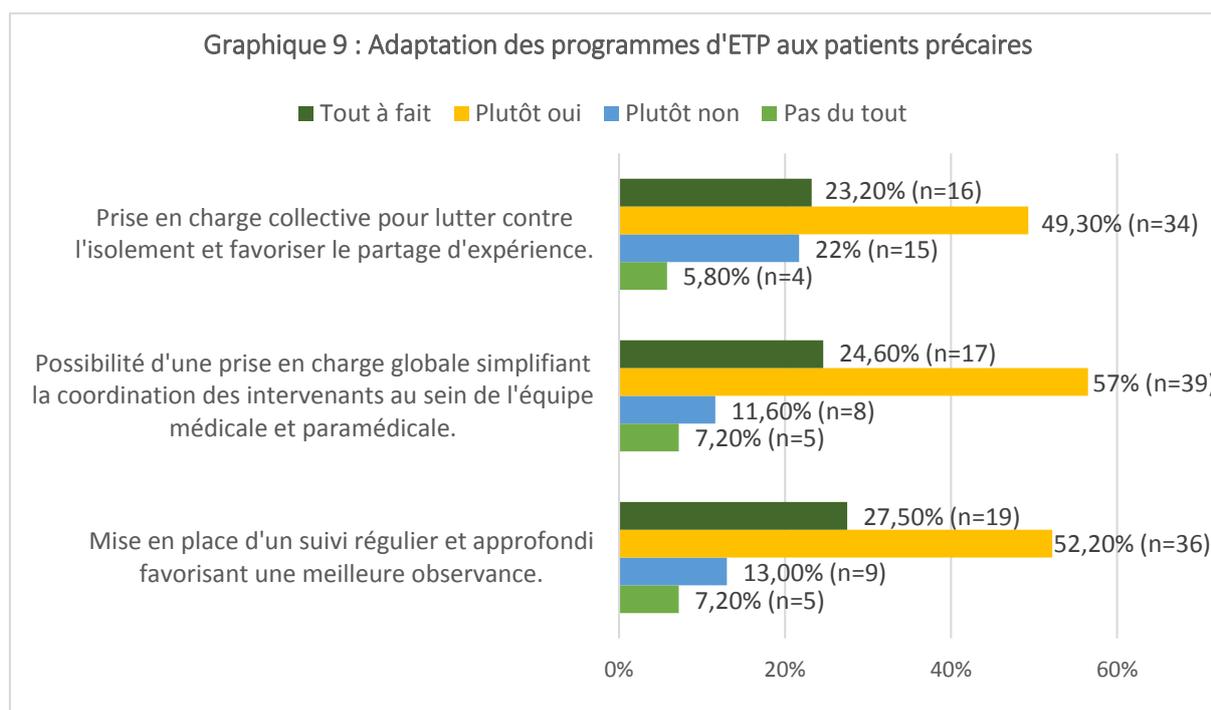
Parallèlement, 36.3% des médecins de l'étude déclaraient avoir un taux de patient bénéficiant de la CMU strictement supérieur à 10%.

7.2% ne connaissaient pas le taux moyen de patients bénéficiant de la CMU.

### III.1.7.2. Adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires

55.1% (n=38) des médecins de l'étude estimaient que les programmes d'ETP étaient particulièrement adaptés aux patients en situation de précarité.

Les raisons de l'adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires sont résumées dans le graphique ci-dessous :



## **III.2. Analyse en sous-groupes**

### **III.2.1. Impact de la formation en ETP**

50.7% (n=35) des médecins généralistes de l'étude avaient suivi une formation en ETP au cours des 10 dernières années.

#### **III.2.1.1. Impact de la formation en ETP sur le rôle du médecin traitant**

Parmi les médecins ayant fait une formation en ETP il y a moins de 10 ans, 77.1% estimaient que le rôle du médecin traitant était de planifier un programme éducatif pour leur patient DT2 et de pratiquer les séances d'ETP (p=0.019).

Seulement la moitié de ceux n'ayant pas fait de formation estimaient que cette fonction relevait du MG (p=0.019).

		<b>Médecins ayant fait une formation en ETP ≤ 10 ans (n=35)</b>	<b>Médecins n'ayant pas fait de formation en ETP (n=34)</b>	<b>Test du Chi-2 p</b>
<b>Le rôle du MG est de planifier un programme éducatif et de mettre en œuvre des séances d'ETP.</b>	oui	77.1 % (n=27)	50 % (n=17)	0.019
	non	22.9 % (n=8)	50 % (n=17)	

Le fait d'avoir effectué une formation d'ETP n'influaient pas de manière significative les autres items sur le rôle du médecin traitant dans l'ET du patients DT2.

#### **III.2.1.2. Impact de la formation sur la pratique de l'ETP**

La formation en ETP n'avait pas d'impact significatif sur la pratique de l'ET, mais on note que 89% des médecins généralistes ayant effectué une formation déclaraient pratiquer l'ET au cabinet de MG contre 76% de ceux n'ayant jamais eu de formation (p=0.185).

<b>Moyens pédagogiques utilisés :</b>	<b>Médecins pratiquant l'ETP ayant fait une formation en ETP ≤ 10 ans (n=31)</b>	<b>Médecins pratiquant l'ETP n'ayant pas fait de formation en ETP (n=26)</b>	<b>Test du Chi-2 p</b>
<b>Support écrit, documents, brochures</b>	74.2 % (n=23)	42.3 % (n=11)	0.021

La formation en ETP n'avait pas d'impact significatif sur l'utilisation des outils pédagogiques suivants : entretien individuel, apprentissage de technique, internet, mise en situation et partage d'expérience.

### III.2.1.3. Impact de la formation en ETP sur l'orientation des patients vers les programmes d'ETP

On observait une tendance de la formation en ETP à influencer la fréquence d'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP. En effet, les médecins ayant effectué une formation en ETP étaient seulement 2.9% à n'orienter aucun patient vers les programmes, contre 17.6% des médecins n'ayant jamais effectué de formation en ETP ( $p=0.102$ ).

<b>Tableau croisé 3 : Impact de la formation en ETP sur l'orientation des patients vers un programme d'ETP</b>				
		<b>Médecins ayant fait une formation en ETP ≤ 10 ans</b> (n=35)	<b>Médecins n'ayant pas fait de formation en ETP</b> (n=34)	<b>Test du Chi-2 p</b>
<b>J'oriente mes patients vers les programmes d'ETP</b>	oui	97.1 % (n=34)	82.4 % (n=28)	0.102
	non	2.9 % (n=1)	17.6 % (n=6)	

Les médecins n'ayant pas effectué de formation en ETP étaient significativement plus nombreux (64.3% vs 38.2%) à orienter systématiquement leurs patients DT2 ayant une faible littéracie en santé vers les programmes d'ETP ( $p=0.041$ ).

<b>Tableau croisé 4 : Influence de la formation en ETP sur l'orientation des patients avec faible littéracie en santé vers les programmes d'ETP</b>				
		<b>Médecins ayant fait une formation en ETP ≤ 10 ans</b> (n=34)	<b>Médecins n'ayant pas fait de formation en ETP</b> (n=28)	<b>Test du Chi-2 p</b>
<b>Orientation systématique vers les programmes d'ETP des patients DT2 ayant une faible littéracie en santé.</b>	oui	38.2 % (n=13)	64.3 % (n=18)	0.041
	non	61.8 % (n=21)	35.7 % (n=10)	

Cependant, la formation en ETP n'avait pas d'impact significatif sur l'orientation des patients demandeurs, de diabète nouvellement dépistés, des patients en situation d'isolement/précarité, des diabètes déséquilibrés/compliqués/polypathologiques et en cas d'échec de l'ETP au cabinet.

### III.2.1.4. Impact de la formation en ETP sur les facteurs limitant l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP

35.3% des médecins n'ayant pas suivi de formation en ETP estimaient méconnaître l'offre de soins en ETP de leur territoire d'exercice ( $p=0.019$ ) et 55.9% avouaient ne pas avoir l'habitude d'orienter leur patients DT2 vers les programmes d'ETP ( $p=0.000$ ).

<b>Tableau croisé 5 : Impact de la formation sur les facteurs limitant l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP</b>				
		<b>Médecins ayant fait une formation en ETP <math>\leq</math> 10 ans (n=35)</b>	<b>Médecins n'ayant pas fait de formation en ETP (n=34)</b>	<b>Test du Chi-2 P</b>
<b>Méconnaissance de l'offre de soins en ETP du territoire d'exercice.</b>	oui	11.4 % (n=4)	35.3 % (n=12)	0.019
	non	88.6 % (n=31)	64.7 % (n=22)	
<b>Je n'ai pas l'habitude d'orienter mes patients DT2 vers les programmes d'ETP.</b>	oui	14.3 % (n=5)	55.9 % (n=19)	0.000
	non	85.7 % (n=30)	44.1 % (n=15)	

La formation en ETP n'avait au contraire pas d'influence significative sur les autres facteurs limitant l'orientation des patients vers les programmes d'ETP proposés dans la question 9 : refus du patient, peur de perdre de vue le patient, difficulté d'accès aux programmes d'ETP, peu de retour d'information des programmes et manque d'efficacité des programmes.

### III.2.2. Impact de la précarité du territoire d'exercice

30.4% (n=21) des médecins généralistes de l'étude exerçaient en zone précaire, c'est-à-dire indiquaient un niveau de précarité ressenti sur leur territoire d'exercice supérieur à 5.

#### III.2.2.1. Impact de la précarité sur le rôle du médecin traitant

Les médecins exerçant en zone précaire étaient significativement plus nombreux (81%) à penser que le rôle du médecin traitant était d'apporter un soutien psychosocial aux patients dans le but d'améliorer leur qualité de vie ( $p=0.050$ ).

		Médecins exerçant en zone de précarité (n=21)	Médecins n'exerçant pas en zone de précarité (n=48)	Test du Chi-2 p
Le rôle du MG est d'apporter un soutien psychosocial aux patients dans le but d'améliorer leur qualité de vie.	oui	81 % (n=17)	56 % (n=27)	0.050
	non	19 % (n=4)	46 % (n=21)	

### III.2.2.2. Impact de la précarité sur la formation en ETP

Les médecins confrontés à la précarité font significativement plus de formation en ETP : 71% des médecins exerçant en zone de précarité avaient fait une formation en ETP dans les 10 dernières années contre 42% de ceux n'exerçant pas en zone précaire (p=0.023).

		Médecins exerçant en zone de précarité (n=21)	Médecins n'exerçant pas en zone de précarité (n=48)	Test du Chi-2 p
Médecins ayant fait une formation en ETP dans les 10 dernières années	oui	71.4 % (n=15)	41.7 % (n=20)	0.023
	non	28.6 % (n=6)	58.3 % (n=28)	

### III.2.2.3. Impact de la précarité sur l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP

Les médecins exerçant en zone de précarité étaient quasiment 3 fois moins nombreux à orienter systématiquement leurs patients vers les programmes d'ETP (p=0.005).

		Médecins exerçant en zone de précarité (n=18)	Médecins n'exerçant pas en zone de précarité (n=44)	Test du Chi-2 p
Orientation systématique vers les programmes d'ETP des patients DT2 ayant une faible littéracie en santé.	oui	22.2 % (n=4)	61.4 % (n=27)	0.005
	non	77.8 % (n=14)	38.6 % (n=17)	

### III.2.2.4. Impact de la précarité sur les facteurs limitants l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP

D'une part, les médecins exerçant en zone de précaire étaient 81% à considérer qu'ils avaient une bonne connaissance de l'offre de soin en ETP de leur territoire d'exercice contre 54% de ceux n'exerçant pas en zone précaire (p=0.035).

D'autre part, 9.5% seulement des médecins exerçant en zone précaire n'étaient pas habitués à orienter leurs patients vers les programmes d'ETP contre 45.8% de ceux n'exerçant pas en zone précaire (p=0.004).

		<b>Médecins exerçant en zone de précarité (n=21)</b>	<b>Médecins n'exerçant pas en zone de précarité (n=48)</b>	<b>Test du Chi-2 p</b>
<b>Méconnaissance de l'offre de soins en ETP du territoire d'exercice.</b>	oui	19 % (n=4)	46 % (n=22)	0.035
	non	81 % (n=17)	54 % (n=26)	
<b>Je n'ai pas l'habitude d'orienter mes patients DT2 vers les programmes d'ETP.</b>	oui	9.5 % (n=2)	45.8 % (n=22)	0.004
	non	90.5 % (n=19)	54.2 % (n=26)	

On note le taux de CMU n'avait pas d'impact significatif sur les facteurs favorisant ou limitant l'orientation des patients vers les programmes d'ETP.

### III.2.3. Le programmes d'ETP sont-ils adaptés aux patients précaires ?

Les médecins estimant que les programmes d'ET étaient adaptés aux patients DT2 étaient tous significativement plus en accord avec les assertions des questions 12B, 12C et 12D que les médecins estimant que les programmes d'ETP n'étaient pas préférentiellement adaptés aux patients précaires ( $p \leq 0.05$ ).

<b>Tableau croisé 10 : Différents niveaux d'adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires</b>				
		<b>Médecins estimant que les programmes d'ETP sont adaptés aux patients DT2 précaires (n=38)</b>	<b>Médecins estimant que les programmes d'ETP ne sont pas adaptés aux patients DT2 précaires (n=31)</b>	<b>Test du Chi-2 p</b>
<b>Prise en charge collective pour lutter contre l'isolement et favoriser le partage d'expérience.</b>	oui	86.8 % (n=33)	54.8 % (n=17)	0.003
	non	13.2 % (n=5)	45.2 % (n=14)	
<b>Prise en charge globale simplifiant la coordination des intervenants au sein de l'équipe médicale et paramédicale/sociale.</b>	oui	92 % (n=35)	67.7 % (n=21)	0.010
	non	8 % (n=3)	32.3 % (n=10)	
<b>Mise en place d'un suivi régulier et approfondi favorisant une meilleure observance.</b>	oui	94.7 % (n=36)	61.3 % (n=19)	0.001
	non	5.3 % (n=2)	38.7 % (n=12)	

On note cependant que parmi les médecins qui estimaient que les programmes d'ETP n'étaient pas particulièrement adaptés aux patients précaires : 54.8% estimaient que les programmes permettaient de lutter contre l'isolement, 67.7% jugeaient que les programmes facilitaient la coordination des intervenants, et 61.3% reconnaissaient que les programmes favorisaient un suivi régulier pour une meilleure qualité de vie des patients.

A l'item « autre » de la question 12A, un médecin a répondu « *pour aller sur les programmes actuels, il faut disposer d'un véhicule et de temps : je pense que l'ETP est adapté à tous types de patients, pas particulièrement à ceux qui sont en précarité (et même plutôt moins, compte tenu des contraintes de déplacement)* ».

Enfin, nos analyses croisées montraient que le niveau de précarité du milieu d'exercice n'influe pas de manière significative le fait de penser ou non que l'ETP fût adaptée aux patients précaires.

## **IV. DISCUSSION**

### **IV.1. Analyse critique de la méthodologie**

#### **IV.1.1. Taux de participation à l'étude**

Le taux de participation de notre étude est de 32.7%, ce qui est supérieur aux taux obtenus dans ce type d'enquête [24], [30]. Ce qui veut dire que malgré la forte sollicitation des médecins généralistes par les thésards, et la période d'envoi du questionnaire (grandes vacances scolaires), les médecins généralistes se sont sentis concernés par le sujet.

#### **IV.1.2. Représentativité de l'échantillon**

Dans notre étude, 24.6% des médecins avaient plus de 60 ans, la tranche d'âge la plus représentée était les 50 et 60 ans (32%) et les moins de 40 ans composaient 26% de l'échantillon. Comparativement, sur les 7635 médecins généralistes inscrits à l'ordre en 2016 en région PACA, l'âge moyen était de 52,6 ans, avec 29.8% de plus de 60 ans et 14.4% de moins de 40 ans [21]. Les âges de notre échantillon étaient plutôt représentatifs de la population des médecins généralistes de la région PACA, hormis les moins de 40 ans qui étaient plus représentés dans notre étude.

Concernant la représentativité des sexes, la proportion de femmes ayant répondu à notre étude était de 63.8% alors que 45.1% de femmes médecins généraliste étaient recensées en 2015 en région PACA.

On peut se demander si les médecins de moins de 40 ans et les femmes se sentent plus concernés par l'ETP que les autres, ou bien simplement s'ils répondent plus volontiers aux questionnaires de thèse.

La majorité des médecins de l'échantillon exerçaient en ville (61%), alors que 32% exercent en semi rural et 7% en rural. Ce résultat correspond au fait que la cible de notre questionnaire était les médecins de l'aire métropolitaine de Marseille et agglomération.

Le nombre de médecins travaillant en cabinet de groupe (80%) était supérieur aux données régionales (60%) [21]. Notre échantillon étant plus jeune que la moyenne, on peut expliquer ce résultat par la tendance qu'ont les jeunes médecins généralistes à privilégier l'installation en groupe, permettant une souplesse des conditions de travail, et des échanges professionnels et un meilleur équipement [22].

85.5% des médecins de l'échantillon avaient une activité libérale exclusive, corroborant les chiffres du Conseil National des Médecins [21]. Cependant aucun des médecins généralistes de l'étude n'avait une activité exclusivement salariée, probablement dû au fait que le

questionnaire s'adressait aux médecins pratiquant l'ET au cabinet, lieu moins propice à l'activité salariale.

Pour ce qui est de la précarité du territoire d'exercice, 30% des médecins de l'étude estimaient exercer en zone précaire et 36% d'entre eux déclaraient un taux de patients bénéficiant de la CMU supérieur à 10%. Ces taux correspondaient globalement l'un à l'autre, même si on le verra par la suite, c'est le taux de précarité ressentie qui a été significatif dans notre étude.

#### **IV.1.3. Biais de recrutement**

Notre étude comporte un biais de recrutement étant donné que le questionnaire n'a été envoyé qu'à 211 médecins généralistes, soit 3% des médecins de la région PACA et un peu moins de 20% des médecins généralistes de la ville de Marseille.

D'autres part, ces médecins généralistes faisant partie d'une mail liste et sont habitués à recevoir régulièrement des questionnaires de thèse auxquels ils sont donc plus enclins à répondre.

#### **IV.1.4. Biais de sélection**

Il convient d'évoquer un biais de sélection concernant la participation des médecins généralistes à l'étude : il est possible que les médecins se sentant plus concernés par l'ETP aient plus répondu au questionnaire.

C'est probablement une des raisons pour lesquelles les médecins remplaçants représentaient une très faible minorité (4.3%), l'ETP des patients DT2 relevant d'un suivi au long terme.

#### **IV.1.5. Validité interne**

Les limites de cette étude sont liées à la nature même des données, déclaratives, et pour certaines subjectives, portant sur des notions (information, éducation) dont aucune définition n'était donnée a priori.

## **IV.2. Discussion des résultats**

Notre étude avait pour objectif final d'établir, dix ans après l'inscription de l'ETP dans le parcours de soins du patient par la loi HPST 2009, un état des lieux des pratiques en éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 au cabinet de médecine générale.

Nous avons, pour ce faire, eu recours à différentes études menées entre 2007 et 2011 [23], [24], [25], afin d'y comparer nos résultats.

### **V.2.1. Rôle du médecin généraliste dans l'ET de ses patients DT2**

#### ***Education thérapeutique du patient DT2 : quel rôle pour les médecins généralistes ?***

Plus de 9 médecins généralistes sur 10 revendiquent dans notre étude un rôle primordial dans l'éducation thérapeutique de leur patients DT2. Cela rejoint les résultats de l'étude Entred 2007-2010 [23], de l'enquête réalisée dans l'Indre et le Loiret en 2007 [24], et de l'étude URLM Midi-Pyrénées de 2010 [25], qui mettaient toutes en évidence le sentiment de légitimité des médecins généralistes dans la démarche éducative de leurs patients atteint de pathologies chroniques.

Les médecins voient l'éducation thérapeutique du patient comme le moyen d'optimiser l'efficacité des traitements, de faciliter la relation de confiance médecin-malade, de diminuer les complications de la maladie, d'améliorer la qualité de vie et le vécu psychologique, ainsi que de renforcer l'autonomie des patients. Elle s'inscrit depuis 2009 dans le cadre de la loi HPST qui la reconnaît comme une thérapeutique à part entière et l'intègre de façon formelle dans le parcours de soin.

Notre enquête a cherché à définir la vision que les médecins généralistes ont de l'éducation thérapeutique, à travers le rôle qu'ils pensent avoir à y jouer.

Les médecins généralistes sont unanimes à 98.6% pour affirmer que « l'information au patient sur sa maladie, ses traitements et ses complications » fait partie de leur rôle. Ce résultat rejoint l'enquête menée dans l'Indre et dans le Loiret (Bourit et Drahi 2007) [24], où parmi les 97% généralistes disant pratiquer l'ETP, plus de la moitié en avaient une définition renvoyant à un enseignement concernant les savoirs, mais beaucoup plus rarement à des apprentissages de savoir-faire, à un partenariat ou au renforcement de l'autonomie du patient vis-à-vis de la maladie. Même si l'« obtention d'information sur le problème de santé » semble constituer la

principale priorité pour près de 80% des patients (étude Krucien et al, 2011) [26], il est important de distinguer l'« éducation thérapeutique » de l'« éducation pour la santé ». En effet, l'éducation thérapeutique ne peut se réduire à une simple information du malade, et des méta-analyses de recherches portant sur des patients atteints de maladies chroniques ont montré qu'une information seule était nettement insuffisante pour permettre aux patients de gérer leur maladie dans leur quotidien [27], [28]. L'éducation thérapeutique ne peut donc se résumer à de l'information, c'est plutôt une « formation thérapeutique » impliquant un travail du patient sur lui-même [29].

Les autres rôles revendiqués sont, par ordre de fréquence : la « mise en place des mesures hygiéno-diététiques et de modification du mode de vie » (97%), l'« apprentissage de la gestion des situations d'urgence » (90%), l'« analyse des besoins éducatifs et la définition d'objectifs personnalisés » (91%), la « mise en place de processus d'autodétermination » tels que l'automesure glycémique (91%), et la « mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle autour du patient » (85%).

Dans l'étude URLM Midi-Pyrénées de 2010 [25], seuls 63% des médecins analysaient les besoins éducatifs de leurs patients DT2, et 76% définissaient avec eux des objectifs personnalisés.

Notre étude est en faveur d'une sensibilisation des médecins généralistes à ces deux dimensions de l'ETP, depuis la loi HPST de 2009.

On constate cependant que la « planification d'un programme éducatif avec mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique », ainsi que l'« apport d'un soutien psychosocial en vue d'améliorer la qualité de vie » ne sont cités que par 63.7% des médecins généralistes, avec dans les deux cas, 30.4% de « plutôt non » et 5.8% de « pas du tout ».

Ces deux tendances étaient déjà observées dans différentes études [23], [25], [30]. L'étude Entred 2007-2010 [23] montrait que si deux tiers des médecins généralistes souhaitaient coordonner la démarche éducative des patients DT2, ils n'étaient qu'un sur cinq à insister sur leur rôle dans la mise en œuvre des séances d'ETP, et moins de la moitié à mettre en œuvre un soutien psychosocial.

### ***Impact de la formation en ETP sur le rôle du médecin généraliste***

Si les résultats de notre étude sont en faveur d'une amélioration de la prise en charge psychosociale et de la mise en place de l'ETP par les médecins généralistes, ils traduisent encore un engagement insuffisant, cachant peut-être une connaissance incomplète des fondements de l'ETP.

Pour renforcer cette hypothèse, notre étude met en évidence que les médecins ayant participé à une formation d'ET dans les 10 dernières années étaient significativement plus nombreux à considérer qu'il était de leur rôle de planifier le programme éducatif et de mettre en œuvre par eux même les séances d'ET ( $p=0.019$ ).

L'état des connaissances, et à fortiori la formation en ET, ont donc bien un impact sur l'implication des médecins généralistes dans la réalisation concrète de l'éducation thérapeutique.

### ***Impact de la précarité du territoire d'exercice sur le rôle du médecin généraliste***

Notre étude montre que les médecins généralistes exerçant en zone de précarité sont significativement plus nombreux à considérer qu'apporter un soutien psychosocial fait partie de leurs fonctions, dans le but d'améliorer la qualité de vie de leurs patients ( $p=0.050$ ).

L'étude Peze et al. 2015 [31] montre que les personnes diabétiques en situation de précarité ont un vécu plus négatif de leur pathologie et ont une qualité de vie physique et psychique plus altérée que les non précaires. D'autres études mettent en avant des niveaux d'anxiété et de dépression plus importants [32], ainsi qu'une faible estime d'elles-mêmes et le sentiment de ne pas être en mesure de contrôler par soi-même la maladie [31]. Un soutien émotionnel suffisant permet aux patients diabétiques précaires de maintenir et d'augmenter leur contrôle sur la maladie, ainsi que leur estime de soi [33].

Pour ces personnes au réseau social limité, qui déclarent moins connaître les structures d'accompagnement et moins y recourir, le MG est l'acteur privilégié et incontournable de leur suivi médical.

L'exercice en zone précaire pose donc une problématique psychosociale à laquelle les médecins généralistes sont nécessairement plus sensibilisés.

## **V.2.2. Evaluation des pratiques de l'ET des patients DT2 au cabinet de MG**

### ***Pratique de l'ETP au cabinet de médecine générale et outils pédagogiques***

Notre étude montre que 82.6% des médecins déclarent pratiquer l'ET de leurs patients de type 2 au sein de leur cabinet de médecine générale.

Il est intéressant d'observer que la formation n'avait pas d'impact significatif sur la pratique ou non de l'ETP. Parmi les médecins pratiquant l'ET au cabinet de médecine générale, ils étaient 55% à avoir fait une formation en ETP dans les 10 dernières années et 45% à n'en avoir jamais fait ( $p=0.185$ ). Un échantillon de patient plus grand aurait peut-être pu rendre cette différence significative.

Cependant, ce résultat va dans le sens de plusieurs études [24], [25], [34]. Dans l'étude URML Midi-Pyrénées, 87% des médecins formés et 80% des non formés pratiquaient l'ET au cabinet avec  $p=0.34$ .

Différentes méta-analyses ont montré l'impact positif de la formation sur la modification des pratiques professionnelles, mais la majorité des médecins pratiquant l'ETP sans avoir effectué de formation en ont souvent une définition incomplète ou erronée [24].

Concernant les modalités de la réalisation de l'ETP, plus de 80% des médecins généralistes de l'échantillon réalisent l'ET de leurs patients diabétiques de type 2 seuls et au cours d'une consultation normale.

Ces chiffres sont plus élevés que dans les études précédentes [23], [24], [25].

Le moyen pédagogique le plus utilisé est l'entretien individuel (96.5%). Deux tiers des médecins utilisent les supports écrits, documents, brochures, et moins de la moitié le font par apprentissage de techniques. Le partage d'expérience et la mise en situation ne sont pas très utilisés (17.5% et 10.5%).

L'utilisation du support écrit a été rapportée par plusieurs études : il permet de faciliter le dialogue, et peut être utilisé comme un outil de conduite thérapeutique.

D'ailleurs, les médecins ayant fait une formation en ETP utilisaient significativement beaucoup plus les supports écrits (74%) que ceux n'ayant pas fait de formation en ETP (43%),  $p=0.021$ . Il est néanmoins difficile de savoir si ces documents sont systématiquement intégrés dans une démarche éducative, ou bien s'ils sont seulement utilisés à but d'information au cours de la consultation, voire à la suite de celle-ci.

La prescription d'informations disponibles sur internet comme support pour une démarche éducative en médecine générale a donné lieu à des démarches innovantes au Québec [35].

Il est d'ailleurs très curieux de constater que l'outil internet n'est sollicité que par 8.8% des médecins généralistes de notre étude. Cette tendance corrobore les résultats d'autres études : l'étude Entred montrait en 2007 qu'internet n'était utilisé que par 9% des patients diabétiques [23]. L'absence d'évolution de ces chiffres malgré l'accroissement majeur de l'informatique pourrait s'expliquer par l'âge moyen élevé des patients diabétiques de type 2, qui n'utilisent pas tant cette source d'information. D'ailleurs, la même étude montrait que 42% des patients diabétiques de type 1 (dont la moyenne d'âge est plus basse) y recourraient.

Cette tendance devrait s'inverser dans les prochaines années, et internet, ainsi que les applications pour smartphone, seront sûrement de plus en plus utilisés, pour proposer une information déclinée et adaptée à différentes langues, cultures, et niveaux de compréhension.

Les caractéristiques des médecins n'influençaient pas, quant à elles, leurs pratiques en ETP.

### ***Formation en ETP des médecins généralistes***

51% des médecins avait effectué une formation en ETP au cours des 10 dernières années.

Ils étaient 25% dans l'étude Entred 2007 [23], 24% dans l'étude de Midi-Pyrénées 2010 [25], et 11% dans l'étude en Gironde 2017 [30], à avoir suivi une formation.

Dans toutes ces études, la grande majorité des médecins exprimaient une volonté de formation et de perfectionnement dans différents types de savoir-faire utiles à la démarche éducative.

De nombreuses études ont montré l'impact positif de la formation sur les pratiques professionnelles, mais le développement de l'éducation thérapeutique ayant débuté principalement dans les services hospitaliers y reste actuellement prédominant. Des réformes législatives du système de soins, par des dispositifs financiers comme la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) [36], ont incité à améliorer la prise en charge des malades chroniques en ambulatoire. Cependant, leur maintien dans le temps, malgré leur grande précarité institutionnelle, dépend de l'offre de formation d'éducation thérapeutique.

Les caractéristiques des médecins (âge, sexe, type d'activité, territoire d'exercice, proportion de leur patientèle affiliée à la CMU) n'influaient pas de manière significative la pratique de l'ETP.

### **V.2.3. Facteurs favorisant et limitants la pratique de l'ET des patients DT2 au cabinet de médecine générale**

Les facteurs favorisant correspondent aux réponses des médecins pratiquant l'ETP au cabinet de médecine générale, les facteurs limitants regroupent au contraire les réponses de l'ensemble des médecins de l'échantillon.

#### ***Facteurs favorisant la pratique de l'ETP au cabinet de MG***

Notre étude montre un consensus parmi les médecins qui mettent en avant la bonne connaissance du patient (97%), ainsi que la relation de confiance médecin-malade (95%). C'est donc la dimension relationnelle qui est considérée de façon unanime comme étant le principal facteur favorisant la réalisation de l'ET.

Ces résultats vont dans le sens des études précédentes [23], [25], [30].

L'éducation du patient est un processus reposant fondamentalement sur la communication entre le médecin et le patient. Une meilleure communication entre le médecin et le patient améliore leur satisfaction respective, la qualité de vie du patient, le suivi du traitement et les résultats cliniques [37].

Les facteurs favorisant l'ETP au cabinet de médecine générale mentionnés secondairement étaient : la capacité de coordination de soin avec les autres professionnels de santé (82.5%) et à la proximité géographique du médecin traitant (71.4%).

L'éducation thérapeutique pose la problématique de la proximité des soins : elle comporte une dimension géo-démographique (définir un territoire d'accès aux soins pertinent pour la population) et une dimension fonctionnelle (mise en place d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention). La prise en charge hospitalière et les soins de ville sont trop segmentés. *Le développement de l'ETP au cabinet de médecine générale rentre donc dans une logique de coordination de soins de proximité.*

La connaissance des ressources de proximité n'était citée que par 66.7% des médecins généralistes, traduisant très probablement un manque de connaissance du réseau de soin régional.

### ***Facteurs limitants la pratique de l'ETP au cabinet de MG***

Parmi les freins à la mise en œuvre d'une démarche éducative pour les patients diabétiques de type 2, les médecins généralistes citent en premier le manque de temps (85%), puis le manque de financement adapté (65%), les caractéristiques du patient non facilitantes (58%), le manque de ressources de proximité tels que professionnels et structures relais (42%), le manque de sensibilisation du patient (38%), et enfin, le manque de connaissance et de formation (28%).

L'étude ENTRED a étudié sur le plan national de 2007 à 2010 les facteurs limitant la pratique de l'ETP par le médecin généraliste [23] et retrouve par ordre de fréquence : le manque de temps (76%), le manque de professionnels et de structures relais (39%), le fait que les patients ne ressentent pas le besoin d'une telle démarche (33%), le manque de formation (26%), la barrière culturelle et linguistique (26%), le manque de matériel adapté (21%), et le manque de financement (19%). Ces résultats sont très proches des nôtres, et d'autres études ont des résultats similaires [22], [23], [24], [25], [30], [38].

L'étude DAWN, en 2005 [39], mettait en évidence une frustration partagée dans le monde entier par les professionnels de santé et les personnes diabétiques : manque de temps pour la relation individuelle, conditions trop rares de travail en équipe et rareté d'un accès facile au soutien psychologique. Cette étude montrait également que la facilité d'accès aux professionnels de santé et l'accès à un suivi par une équipe (tout comme une relation plus collaborative avec les professionnels de santé) étaient corrélées positivement à la qualité de vie déclarée par le patient et à l'auto-gestion de sa maladie [40].

On peut donc constater que 10 ans après la loi HPST, les freins au développement d'une démarche éducative n'ont pas changé, le manque de temps restant le principal facteur limitant la pratique de l'ETP au cabinet de médecine générale.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans toutes ces études réalisées avant l'application de la loi HPST, mais aussi dans notre étude, le manque de connaissance et de formation constituait un frein pour moins un tiers des médecins généralistes. Cette faible proportion corrélée au fait que la moitié des médecins de l'étude n'ont jamais effectué de formation en ETP, peut être attribuée à un biais de désirabilité sociale.

D'autre part, la proportion de médecins formés en ETP ayant nécessairement augmenté depuis la loi HSP de 2009, la proportion de médecins citant le manque de connaissance et de formation en ETP aurait dû diminuer. On est en mesure de penser que l'absence d'évolution de ces chiffres peut traduire une prise de conscience du concept d'ETP. Dans les études précédentes, les médecins pensaient connaître l'ETP, mais depuis la loi HPST et le développement des formations en ET, les médecins réalisent que leurs connaissances en ETP sont insuffisantes.

Enfin, la particularité de notre étude Marseillaise comparativement aux autres études [23], [25], est que les caractéristiques du patient non facilitantes (barrière culturelle et linguistique, environnement et entourage) sont largement mises en avant, traduisant une véritable problématique sociale locale.

### ***Impact de la précarité sur la pratique de l'ETP***

Dans notre étude, la précarité n'avait pas d'impact significatif sur les facteurs favorisant ou limitant la pratique de l'ETP au sein du cabinet de médecine générale. Ces facteurs sont très probablement intrinsèques à la pratique elle-même, et aux conditions d'exercice du cabinet libéral.

### **V.2.4. Le médecin généraliste et les programmes d'ETP**

#### ***Connaissance des programmes d'ETP par les médecins généralistes***

Seulement 22% des médecins de notre étude estiment avoir une vision claire de l'offre de soin en ETP de leur territoire d'exercice et 40% en connaissent quelques options. Ce résultat est meilleur que dans les précédentes études [23], [25], [41], et est en faveur d'une amélioration de la connaissance générale du réseau d'ET depuis la loi HPST.

Dans notre étude, seuls 10% des médecins n'adressent aucun de leurs patients DT2 vers les programmes d'ETP.

Dans les études réalisées dans l'Indre et le Loiret en 2007 [24] ou Midi Pyrénées en 2010 [25], ils étaient respectivement 28% et 33% à n'adresser aucun de leurs patients vers les programmes d'ET.

Cette évolution témoigne d'une utilisation croissante des ressources en éducation thérapeutique mises à disposition depuis la loi HPST de 2009.

### ***Facteurs favorisant l'orientation des patients DT2 vers les programmes d'ETP***

Les critères d'orientation vers les programmes d'ETP mis en évidence par notre étude regroupent par ordre de fréquence : les diabètes déséquilibrés, compliqués, ou polyopathologiques (68%), les patients en échec d'ETP au cabinet de médecine générale (60%), les patients avec une faible littéracie en santé (50%), et les patients isolés et/ou précaires (48%).

Les causes d'orientation vers un programme d'ET les plus fréquentes concernent donc les difficultés rencontrées dans l'éducation des patients diabétiques de type 2, menant à son éventuel échec de prise en charge. Ce résultat concorde avec l'étude ASAVED [42], où 95% des patients diabétiques de type 2 étaient suivis quasiment exclusivement par les médecins généralistes au moins pendant les premières années de la maladie, tant qu'il n'existait pas de complications graves ou de difficultés thérapeutiques particulières.

Par ailleurs, la faible littéracie en santé, l'isolement et la précarité du patient constituait pour la moitié des médecins de l'échantillon un motif d'orientation vers un centre d'ETP, corroborant les données de différentes études européennes qui démontraient que les patients diabétiques considérés comme précaires avaient un équilibre glycémique moins conforme aux recommandations [43], plus de complications aiguës et chroniques [14], et une mortalité imputable à la maladie supérieure [44].

Enfin, dans notre étude, seuls 25% des médecins orientent systématiquement un diabète nouvellement dépisté vers un programme d'ETP.

Ces résultats témoignent donc de la volonté des médecins généralistes de débiter l'ET au sein de leur cabinet, et d'intégrer les patients DT2 dans un réseau lorsqu'ils rencontrent des difficultés à la bonne réalisation de l'éducation thérapeutique.

### ***Facteurs limitants le recours aux programmes d'ETP***

Les obstacles mis en évidence dans le recours aux programmes d'ETP par notre étude sont par ordre de fréquence : le refus du patient (61%), la difficulté d'accès aux programmes d'ETP (42%), le manque d'habitude du médecin généraliste (35%), le manque de communication des programmes d'ETP (27%), la méconnaissance des ressources de proximité (23%), la peur de perdre de vue le patient (16%) et le manque d'efficacité des programmes (15%).

La difficulté d'accès aux programmes d'ET, ainsi que le manque de communication et de retour des centres constituaient des facteurs limitants déjà mis en évidence dans différentes études antérieures [23], [25], [30].

La majorité des médecins de notre étude ne doutent cependant pas de l'efficacité de ces programmes structurés d'éducation thérapeutique, même s'il persiste une part d'entre eux non négligeable (15%) entretenant des croyances négatives autour de l'efficacité de ces programmes, qui a pourtant été démontrée à travers différentes études et dans plusieurs pays.

On note qu'un des freins cités par les médecins généralistes dans les réponses libres correspond à l'éloignement géographique des centres d'ETP, limitant les patients notamment ceux ne pouvant se déplacer en raison de leurs caractéristiques personnelles (âge, handicap...) ou environnementales (précarité, entourage non aidant...). Ce facteur rejoint celui cité précédemment dans les facteurs favorisant la pratique de l'ETP au cabinet de médecine générale.

### ***Impact de la formation sur le recours aux programmes d'ETP***

Notre étude montre que le fait d'avoir participé ou non à une formation en ET, a une influence significative sur certains facteurs favorisant et limitant l'orientation des patients vers les programmes d'ETP.

En effet, les médecins n'ayant pas fait de formation en ETP étaient plus de deux fois plus nombreux à adresser systématiquement vers les programmes, leurs patients DT2 avec une faible littératie en santé.

D'autre part, les médecins n'ayant pas été formés étaient 3 fois plus nombreux que ceux ayant effectué une formation dans les 10 dernières années à méconnaître l'offre de soins en ETP de leur territoire ( $p=0.019$ ), et 4 fois plus nombreux à ne pas avoir l'habitude d'orienter leurs patients vers ces programmes ( $p=0.000$ ). On peut aisément établir le lien entre la formation en ETP et la connaissance de l'offre de soins, qui constitue un véritable frein à l'adressage des patients vers les programmes d'ETP.

### ***Impact de la précarité sur le recours aux programmes d'ETP***

Tout comme la formation en ET, notre étude montre que le fait d'exercer en zone de précarité a une influence significative sur l'orientation des patients vers les programmes d'ETP.

Ainsi, les médecins n'exerçant pas en zone précaire étaient deux fois plus nombreux à méconnaître l'offre de soins en ETP de leur territoire d'exercice ( $p=0.035$ ), et 5 fois plus nombreux à ne pas avoir l'habitude d'orienter leurs patients vers les programmes d'ETP ( $p=0.004$ ).

De même, les médecins n'exerçant pas en zone précaire étaient 3 fois plus nombreux à adresser systématiquement leurs patients ayant une faible littéracie en santé ( $p=0.005$ ).

Enfin, on observait que les médecins ayant un taux de patients bénéficiant de la CMU inférieur à 10% avaient tendance à moins adresser leurs patients en situation d'isolement ou de précarité vers les programmes d'ETP ( $p=0.067$ ).

Nous mettons donc en évidence, à travers notre étude, que l'exercice en zone précaire a un impact sur l'adressage des patients vers les programmes d'éducation thérapeutique. Les médecins exerçant en zone précaire connaissent mieux l'offre de soin en ETP de leur territoire d'exercice, et adressent plus facilement leurs patients vers les programmes structurés d'ETP. Ils ont tendance à orienter plus souvent leurs patients en situation d'isolement et/ou de précarité que leurs confrères, mais orientent 3 fois moins leurs patients avec une faible littéracie en santé. Ces résultats témoignent très certainement d'une meilleure formation en ETP, car les médecins exerçant en zone de précarité sont presque 2 fois plus nombreux à s'être formé à l'ETP dans les 10 dernières années ( $p=0.023$ ). Ils sont ainsi 71% à avoir suivi une formation en l'ETP, leur permettant certainement de mieux répondre à la faible littéracie en santé de leurs patients précaires.

Notons que plusieurs tableaux comparatifs avaient un « p » significatif pour la variable « précarité ressentie du territoire d'exercice > 5/10 », mais ils n'étaient jamais significatifs pour la variable « taux de patient CMU > 10% ». On peut penser que les médecins généralistes ne connaissent pas bien leur taux de CMU indiqué dans leur relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP). D'ailleurs, 7% répondent « je ne sais pas » à la question 11. On a donc préféré retenir la précarité ressentie comme meilleur indice de niveau de précarité du territoire d'exercice.

### *Adaptation des programmes d'ETP aux patients précaires*

Plus de la moitié des médecins de l'étude estimaient que les programmes d'ETP sont particulièrement adaptés aux patients en situation de précarité.

Les principales raisons de cette adaptation étaient par ordre de fréquence : la coordination des intervenants au sein de l'équipe paramédicale et sociale, puis la mise en place d'un suivi régulier favorisant l'observance, et enfin la lutte contre l'isolement des patients précaires.

Comme nous pouvions nous y attendre, les médecins estimant que les programmes d'ET étaient adaptés aux patients DT2 étaient tous significativement plus en accord avec les assertions précédentes que les autres ( $p < 0.010$ ).

Cependant il est intéressant de constater que parmi les médecins qui estiment que l'orientation des patients précaires vers les programmes structurés d'ET n'est pas adaptée, la majorité reconnaissent qu'ils favorisent pourtant la coordination des intervenants au sein de l'équipe paramédicale et sociale (68%), une meilleure observance (61%), et la lutte contre l'isolement des patients précaires (55%).

Ces résultats traduisent bien le manque de systématisation dans l'orientation des patients diabétiques vers les programmes d'ETP, et l'incohérence dans la prise en charge des patients vulnérables, probablement par manque de formation et d'expérience par rapport à la problématique de la précarité. La formation professionnelle insuffisante et le caractère chronophage de l'accompagnement de ces patients constituant vraisemblablement des obstacles à leur prise en charge [45].

Il n'existe à ce jour pas de parcours de soins spécifique pour les sujets précaires. La lutte contre l'isolement social et l'implication d'une équipe pluriprofessionnelle composée de personnel médical, paramédical et d'acteurs sociaux est primordiale, afin d'améliorer sa prise en charge et son adhésion thérapeutique [46].

## V. CONCLUSION

Le diabète est une maladie chronique dont l'incidence toujours croissante en France, est marquée par de fortes disparités socio-économiques traduisant directement les inégalités sociales.

L'objectif de notre travail était de faire un état des lieux, 10 ans après l'inscription de l'éducation thérapeutique (ET) dans le parcours de soin par la loi HPST, des pratiques en ET des patients diabétiques de type 2 (DT2) en cabinet de médecine générale.

Dans notre étude, neuf médecins généralistes sur dix pensent jouer un rôle primordial dans l'éducation thérapeutique de leurs patients, principalement favorisé par la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs malades.

Ils pratiquent l'ETP encore trop majoritairement seuls et au cours d'une consultation classique, mais leur rôle a changé, il ne se résume plus à une simple information, mais renvoie à l'analyse des besoins éducatifs et à la mise en place de processus d'autodétermination et d'adaptation visant à autonomiser le patient dans la gestion de sa maladie.

Les freins au développement d'une démarche éducative n'ont, quant à eux, pas changé : le manque de temps reste le principal facteur limitant la pratique de l'ETP au cabinet de médecine générale, auxquels s'ajoutent le manque de financement adapté les profils spécifiques de certains patients pour lesquels l'adhésion à un programme éducatif est difficile.

Les médecins ont parfois recours aux programmes structurés d'ETP pour les patients diabétiques compliqués en échec thérapeutique, mais de façon encore limitée par manque de connaissance des ressources de proximité, ou en raison de la difficulté d'accès et du manque de communication de la part des organisateurs de programmes.

La formation des médecins en ET n'a pas d'impact significatif sur la pratique de l'ETP au cabinet de médecine générale. Dans notre étude, les médecins ayant participé à une formation d'ET dans les 10 dernières années sont plus nombreux à considérer qu'il est de leur rôle de planifier le programme éducatif et de mettre en œuvre par eux même les séances d'ET. D'autre part, les médecins ayant suivi une formation connaissent mieux l'offre de soins en ETP de leur territoire, et sont plus habitués à orienter leur patients DT2 vers les programmes structurés d'ET validés par l'ARS.

La ville de Marseille fait face à un chômage élevé, une forte immigration et des poches de pauvreté très hétérogènes, menant à un taux de précarité en santé élevé. L'éducation thérapeutique est primordiale auprès de ces populations précaires en difficulté d'accès aux soins, dans le but de réduire les inégalités sociales de santé, de prévenir les complications du diabète et d'améliorer leur qualité de vie.

Notre étude montre que les médecins généralistes exerçant en zone de précarité sont significativement plus nombreux à se préoccuper du soutien psychosocial et de la qualité de vie de leurs patients diabétiques de type 2, ils connaissent mieux l'offre de soin en ETP de leur territoire d'exercice, et adressent plus facilement leurs patients vers les programmes structurés, ils sont d'ailleurs 2 fois plus nombreux à avoir suivi une formation en ETP, ce qui leur permet de mieux répondre aux difficultés de compréhension de leurs patients qu'ils orientent 3 fois moins vers les programmes que leurs confrères.

Par contre, ils ont tendance à orienter plus souvent leurs patients en situation de précarité, témoignant de leur sensibilisation accrue aux problématiques de lutte contre l'isolement, de coordination de soins et de soutien psychosocial, pour lesquels les programmes structurés d'ETP sont plus adaptés.

Dix ans après la loi HPST, l'articulation entre les médecins généralistes, principaux acteurs des soins primaires, et les programmes structurés d'ETP reste encore insuffisante.

L'offre de formation diplômante reste peu accessible aux médecins généralistes et relève de démarches le plus souvent personnelles. Des formations en ETP obligatoires gagneraient à être mise en place dans le cursus médical initial, afin de développer et renforcer les compétences des médecins dans le domaine de la communication et de la prise en compte des difficultés psychosociales, en complément de leurs connaissances physiopathologiques et thérapeutiques.

L'accès à l'ETP des personnes en situation de vulnérabilité étant une priorité, il serait intéressant d'étudier les besoins en éducation thérapeutique propres aux catégories socio-culturelles les plus défavorisées, afin d'apporter des réponses adaptées à leurs besoins, et d'outiller les praticiens confrontés à ces consultations difficiles, en les aidant à adapter leur démarche thérapeutique à différentes cultures et niveaux de littéracie en santé, dans le but de rendre le patient acteur de leur propre santé.

L'outil internet pourrait être développé auprès des patients diabétiques de type 2 dans les prochaines années, et ouvrirait l'espoir de réduire les inégalités de littéracie en santé, en fournissant une information déclinée en différentes langues, et adaptée à différents niveaux de compréhension.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1]. INVES, Prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015. Disparités sociales et socio-économiques, 2015.
  
- [2]. Rapport de l'oms-europe, publié en 1996, Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998
  
- [3]. Grenier Béatrice, Bourdillon François, Gagnayre Rémi, « Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles », *Santé Publique*, 2007/4 (Vol. 19), p. 283-292. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-283.htm>
  
- [4]. OMS. Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : OMS; 1998:88 p.
  
- [5]. Loi n°2004 du 9 août 2004 relative à la politique de *santé publique*
  
- [6]. Loi HPST du 21 juillet 2009, Ministère de la santé et des sports de France.
  
- [7]. Joseph C., Rivière S., Insee. Provence-Alpes-Côte d'Azur - Plus de 850 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, INSEE Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur N° 32, paru le : 19/12/2016.
  
- [8]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Dossier complet Commune de Marseille, paru le 26/06/2018. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13055#chiffre-cle-6>
  
- [9]. Rapport d'activité 2016, Fond de financement complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

- [10]. BEH, Santé Publique France, 27-28, novembre 2017.
- [11]. Vannereau D., Jaffiol C., Fontbonne A., Passeron S. Conséquences de la précarité sur le mode de vie et l'alimentation d'une population diabétique et pré-diabétique : à propos d'une enquête en Languedoc. Médecine des maladies Métaboliques - Février 2014 - Vol. 8 - N°1. Elsevier Masson 2014.
- [12]. Larranaga I, Arteagoitia JM, Rodriguez JL. Socio-economic inequalities in the prevalence of type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetes complications in the basque country, Spain. *Diabetes Med* 2005; 22:1047–53.
- [13]. Guize L., Jaffiol C, Le diabète et la précarité : Étude d'une vaste population française, *Diabetes & Metabolism*, Volume 36, Supplement 1, March 2010, Page A18.
- [14]. Bihan H, Sass C, Huot C, Guegen R, LeClésiau H, Reach G. Association among individual deprivation, glycemic control and diabetes complications; The EPICES score. *Diabetes care* 2005; 28:2680–5.
- [15]. Pequinot F, Jouglu E, Le Tallec A. Mortalité attribuée au diabète en France. *BEH* 2002;20-21:91.
- [16]. Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, Davey SG, Proper C, Pearson NJ, et al. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabetes Med* 2003;20:921–9.
- [17]. Définition précarité Haut conseil de santé publique, 1995. In « Les indicateurs communs. URL : <http://www.cnle.gouv.fr/Les-indicateurs-communs.html>
- [18]. Haute Autorité de Santé, Programme d'éducation thérapeutique du patient, Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS, 2010. URL : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp\\_grille\\_aide\\_evaluation\\_autorisation\\_programme\\_ars\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf)

- [19]. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, 2007. URL : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf)
- [20]. Fonds CMU-C, Annuaire statistique, Évolutions législatives et plafonds : Octobre 2017. URL : [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire\\_statistique\\_10-2017.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf)
- [21]. Le Breton-Lerouillois G, Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Conseil National des médecins, 2016. URL : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
- [22]. Gautier A, Balcou-Debussche M, Baudier F, Baromètre santé médecins généralistes 2009, Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale ; 2009.
- [23]. Fournier C, Gautier A, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, et al. Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins, étude Entred 2007-2010. France ; 2011.
- [24]. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. France 2007; 3:229-34.
- [25]. URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. France, juin 2010. URL : <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>
- [26]. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N (Cermes-Prospere). Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé 2011; 163: 6 p. URL : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>
- [27]. Giordan A. Faciliter l'apprentissage des patients... est-ce possible ? *Médecine des maladies métaboliques* ; 2010, p591-598.

- [28]. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses, HAS, INPES, 2007
- [29]. Lacroix A., Assal J.-P. (1998). *L'éducation thérapeutique du patient : nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot. p. 92-93.
- [30]. Train B. Education thérapeutique du patient et médecine générale : étude chez 301 médecins généralistes en Gironde. Thèse Med : Université de Bordeaux ; 2017.
- [31]. Peze, V., Dany, L., Lumediluna, M.-L., & Thill, J.-C. (2015). Rôle et impact de la situation de précarité sur l'expérience de la maladie des patients atteints de diabète de type 2. *Médecine Des Maladies Métaboliques*, 9(5), 523-528.
- [32]. Jaffiol C, Fontbonne A, Vannereau D, et al. Diabète et précarité : enquête en Languedoc. *Bull Natl Acad Med* 2012;196:953-75.
- [33]. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98:310-57.
- [34]. Razafindralambo S. (2012). Perception et pratique des médecins face à l'éducation thérapeutique du patient asthmatique : enquête auprès de 66 médecins de la commune de Nanterre. Thèse Med : Université Paris Diderot ; 2012.
- [35]. Paquet M. J., Hovington J., Assaad J. M. Vecteurs d'innovation en éducation thérapeutique au Québec. Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. 5e Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2010 : p. 129-137.
- [36]. Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) créé par la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- [37]. Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413.
- [38]. Fagot-Campagna A., Traynard P.-Y., Mosnier-Pudar H., Halimi S., Varroud-Vial M, Démarche éducative : comment les médecins la perçoivent-ils ? Résultats de l'étude Entred 2007. *Le Concours médical*, 2009, vol.13, n°20 : p.810-812.
- [39]. Keinebreil L, Peyrot M, Rubin R, Geelhoed N, Landgraf R, Snoek F, Skovlund S. DAWN (Diabetes, attitudes, wishes and needs). *Diabète education* 2005, n° special 4 février 2005 : 5-7.
- [40]. Rubin RR, Peyrot M, Siminerio LM. Health care and patient-reported outcomes. Results of the corss-national Diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2006; 29(6): 1249-1255.
- [41]. Boutier M-C. Éducation thérapeutique des patients, entre faire et faire faire : freins et motivations des médecins généralistes de Martigues et du pourtour de l'étang de Berre. [Thèse de Doctorat de médecine]. Marseille : Université d'Aix-Marseille: 2013.
- [42]. Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412p.
- [43]. Bowker SL, Mitchell CG, Majumdar SR, Toth EL, Johnson JA. Lack of insurance coverage for testing supplies is associated with poorer glycemic control in patients with type 2 diabetes. *CMAJ* 2004;171:39–43.
- [44]. Pequinot F, Jouglu E, Le Tallec A. Mortalité attribuée au diabète en France. *BEH* 2002; 20-21:91.
- [45]. Barnichon, C., Ruivard, M., Philippe, P., Vidal, P., & Teissonière, M. (2011). Diabète de type 2 et précarité : une étude cas-témoins. *La Revue de Médecine Interne*, 32(8), 467–471.
- [46]. Chambre, C., & Bihan, H. (2017). Quel parcours de soins pour les patients précaires ? *Médecine Des Maladies Métaboliques*, Février 2017, Volume 11 n°1, 28–33.

## VII. ANNEXES

### ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de l'échantillon

#### **Éducation thérapeutique des patients (ETP) diabétiques de type 2 au cabinet de médecine générale : pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP.**

L'objectif de cette thèse est d'évaluer les pratiques et les facteurs limitants l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 au cours de la consultation de médecine générale à Marseille, et de l'impact de la précarité sur le recours ou non aux programmes d'ETP par les médecins généralistes.

\*Obligatoire

1) A votre avis, le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2, c'est surtout : \*

Une seule réponse possible par ligne.

Pas du tout. [1]	Plutôt non. [2]	Plutôt oui. [3]	Tout à fait. [4]
---------------------	--------------------	--------------------	---------------------

[1A] Une information au patient sur sa maladie, ses traitements et ses complications.

[1B] L'analyse des besoins éducatifs du patient et la définitions d'objectifs personnalisés.

[1C] Planifier un programme éducatif et la mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique.

[1D] La mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques et modification du mode de vie.

[1E] La mise en place de processus d'autodétermination (par ex : automesure glycémique).

[1F] L'acquisition de la gestion des situations d'urgence (hypoglycémie, acido-cétose).

[1G] La mise en place d'une équipe pluri-professionnelle autour du patient : infirmier(ère).

Pas du tout.                      Plutôt non.                      Plutôt oui.                      Tout à fait.  
[1]                                      [2]                                      [3]                                      [4]

diététicien(ne),  
podologue,  
spécialiste(s)...

[1H] Apporter un  
soutien psychosocial  
aux patients afin de leur  
assurer une meilleures  
qualité de vie.

[1 autre] Autre :

[2A] Diriez-vous que vous faites de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 dans votre pratique au cabinet ? \*

Une seule réponse possible.

- [1] Oui
- [2] Non

*Si Oui, je fais de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 dans ma pratique au cabinet...*

[2B] Dans quel cadre : (une seule réponse possible) \*

- [2B1] Seul
- [2B2] En groupe (avec d'autres professionnels de santé, associations de patients, en réseaux...)

[2C] A quel moment : (plusieurs réponses possibles) \*

- [2C1] Au cours d'une consultation normale
- [2C2] En consultation dédiée
- [2C autre] Autre :

[2D] Par quel(s) moyen(s) pédagogiques ? (plusieurs réponses possibles) \*

- [2D1] Entretien individuel
- [2D2] Supports écrits, documents, brochures
- [2D3] Apprentissage de techniques
- [2D4] Internet
- [2D5] Mise en situation
- [2D6] Partage d'expérience

[3A] Pensez-vous que le médecin généraliste puisse avoir un rôle central dans l'éducation thérapeutique ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

*Oui, je pense que le médecin généraliste a un rôle central dans l'éducation thérapeutique*

[3B] Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) \*

- [3B1] Relation de confiance
- [3B2] Proximité géographique
- [3B3] Bonne connaissance du patient (environnement, personnalité, antécédents médicaux...)

- [3B4] Connaissance des ressources de proximité
- [3B5] Coordination de soins avec les autres professionnels
- [3B autre] Autre :

[4A] Quels sont à votre avis les facteurs limitants la pratique de l'éducation thérapeutique au cabinet de médecine générale ? (plusieurs réponses possibles) \*

Plusieurs réponses possibles.

- [4Aa] Manque de temps
- [4Ab] Manque de connaissance, de formation
- [4Ac] Manque de sensibilisation du patient
- [4Ad] Manque de ressources matérielles (structure et/ou coordination)
- [4Ae] Manque de financement adapté
- [4Af] Isolement du médecin généraliste
- [4Ag] Caractéristiques du patient non facilitantes (environnement, entourage, observance...)
- [4Ah] Ce n'est pas ma fonction de médecin généraliste
- [4A autre] Autre :

[5] Avez vous effectué une formation d'éducation thérapeutique au cours de votre cursus médical ? \*

Une seule réponse possible.

- [1] Oui, il y a moins de 5 ans
- [2] Oui, dans les 10 dernières années
- [3] Non, jamais

[6] Estimez-vous connaître suffisamment l'offre de soin en éducation thérapeutique de votre territoire ? \*

Une seule réponse possible.

- [1] Oui, j'en ai une vision claire
- [2] Plutôt oui, je connais quelques options
- [3] Plutôt non, je connais peu d'options
- [4] Non, aucune idée

[7] Quelle proportion de vos patients diabétiques de type 2 orientez-vous vers un programme d'éducation thérapeutique ? \*

Une seule réponse possible.

- [1] Aucun
- [2] Très faible
- [3] 1/4
- [4] La moitié
- [5] Plus de la moitié

[8] Quel(s) patient(s) leur adressez-vous systématiquement ? (plusieurs réponses possibles) \*

- [8a] Patient demandeurs
- [8b] Diabète nouvellement dépisté
- [8c] Patient en situation d'isolement et/ou de précarité
- [8d] Patients avec une faible littéracie en santé (mésinformation du patient sur sa maladie, ses traitements et ses complications)
- [8e] Diabète déséquilibré / compliqué / Polypathologie
- [8f] Échec de l'éducation thérapeutique au cabinet
- [8 autre] Autre :

[9] Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'orientez pas un patient vers un programme d'ETP ? (plusieurs réponses possibles)

- [9a] Je n'en ai pas l'habitude
- [9b] Refus du patient
- [9c] Méconnaissance des ressources de proximité
- [9d] Peur de perdre de vue le patient (suivi hospitalier spécifique exclusif)
- [9e] Difficulté d'accès aux programmes d'ETP
- [9f] Peu de retours d'informations des programmes
- [9g] Peu d'efficacité à mon avis de ces programmes
- [9 autre] Autre :

*Rappel : La précarité en santé d'un patient est multifactorielle, elle englobe sa situation socio-économique, son logement, son emploi, sa couverture sociale, ses diplômes et son état de santé général.*

**[10]** Sur une échelle de 0 à 10, comment situez-vous l'importance de la précarité sur votre territoire d'exercice ? \* Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pauvreté résiduelle

Pauvreté massive

**[11]** Quelle est la proportion moyenne de vos patients bénéficiant de la CMU (en %) ? Une seule réponse possible.

- [1] 5%
- [2] 10%
- [3] 15%
- [4] 20%
- [5] 25%
- [6] Plus de 25%
- [7] Ne sais pas

**[12A]** Pensez-vous que les programmes d'éducation thérapeutique soient particulièrement adaptés aux patients en situation de précarité ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Vous pensez que les programmes d'éducation thérapeutique permettent aux patients en situation de précarité : \*

Une seule réponse possible par ligne.

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

[1]

[2]

[3]

[4]

**[12B]** Prise en charge collective pour lutter contre l'isolement et favoriser le partage d'expérience

**[12C]** Possibilité d'une prise en charge globale simplifiant la coordination des intervenants au sein de l'équipe médicale

Pas du tout  
[1]

Plutôt non  
[2]

Plutôt oui  
[3]

Tout à fait  
[4]

et  
paramédicale/sociale

[12D] Mise en place  
d'un suivi régulier et  
approfondi  
favorisant une  
meilleure  
observance

*Veillez à présent simplement remplir vos caractéristiques :*

[13] Vous êtes : \* Une seule réponse possible.

- Une femme
- Un homme

[14] Quel est votre âge ? \* Une seule réponse possible.

- 28 à 35 ans
- 35 à 40 ans
- 40 à 50 ans
- 50 à 60 ans
- plus de 60 ans

[15] Type d'exercice : \* Une seule réponse possible.

- Seul
- En groupe
- Médecin remplaçant
- Autre :

[16] Type d'activité : \* Une seule réponse possible.

- Activité uniquement libérale
- Mixte hospitalière

[17] Lieu d'activité \* Une seule réponse possible.

- Ville
- Semi-rural
- Rural

## **ANNEXE 2 : Lettre d'accompagnement du questionnaire**

Madame, Monsieur les médecins généralistes,

Je suis actuellement interne en 6ème semestre de médecine générale, et j'effectue ma thèse, dirigée par le Dr ...

Mon travail s'intéresse aux limites de l'éducation thérapeutique des patients (ETP) diabétiques de type 2 au cabinet de médecine générale, qui conduisent ou non à recourir aux programmes d'ETP pluridisciplinaires.

L'objectif étant d'évaluer les pratiques de l'éducation thérapeutique au cabinet de médecine générale, 9 ans après que la loi Hôpital Patient Santé Territoire ait inscrit l'ETP dans le parcours de soin du patient (21 juillet 2009), ainsi que d'évaluer l'impact de la précarité sur le recours ou non aux programmes d'ETP.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Il est court et son temps de passation est de 5 min en moyenne.

Pour tout renseignement, question, ou suggestion, veuillez me contacter via mon adresse mail : ...

Bien confraternellement,

Cécile DARD

### **ANNEXE 3 : Lettre de relance accompagnant le questionnaire**

Madame, Monsieur les médecins généralistes,

**Je me permets de vous envoyer un deuxième mail concernant mon questionnaire de thèse.**

**Je remercie vivement les médecins ayant déjà répondu à ce questionnaire, qui le reçoivent une seconde fois en raison de l'anonymat des réponses.**

Je suis actuellement interne en 6ème semestre de médecine générale, et j'effectue ma thèse, dirigée par le Dr ...

Mon travail s'intéresse aux limites de l'éducation thérapeutique des patients (ETP) diabétiques de type 2 au cabinet de médecine générale, qui conduisent ou non à recourir aux programmes d'ETP pluridisciplinaires.

L'objectif étant d'évaluer les pratiques de l'éducation thérapeutique au cabinet de médecine générale, 9 ans après que la loi Hôpital Patient Santé Territoire ait inscrit l'ETP dans le parcours de soin du patient (21 juillet 2009), ainsi que d'évaluer l'impact de la précarité sur le recours ou non aux programmes d'ETP.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Il est court et son temps de passation est de 5 min en moyenne.

Pour tout renseignement, question, ou suggestion, veuillez me contacter via mon adresse mail : ...

Bien confraternellement,

Cécile DARD

## **VIII. LISTE DES ABREVIATIONS**

- DT2 : Diabétiques de type 2
- ET : Education thérapeutique
- ETP : Education thérapeutique du patient
- GAJ : Glycémie à jeun
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HbA1c : Hémoglobine glyquée
- HSPT : Loi Hôpital, Santé, Patient, Travail
- MG : Médecin(s) généraliste(s)
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- RIAP : Relevé individuel d'activité et de prescription

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**



## RESUME

Le diabète est une maladie chronique dont l'incidence toujours croissante en France, est marquée par de fortes disparités socio-économiques traduisant directement les inégalités sociales. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques en éducation thérapeutique (ET) des patients diabétiques de type 2 (DT2) en cabinet de médecine générale, dix ans après l'inscription de l'éducation thérapeutique (ET) dans le parcours de soin par la loi HPST portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

Notre travail a été élaboré à partir d'une enquête descriptive transversale, à travers un questionnaire anonyme envoyé par mail et auto-administré à 211 médecins généralistes, dont l'objectif principal était d'évaluer les pratiques de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 au cours de la consultation de médecine générale à Marseille.

Notre étude montre que les médecins généralistes sont de plus en plus impliqués dans l'éducation thérapeutique de leurs patients diabétiques de type 2, même si le manque de temps reste leur principal obstacle. Ils ne recourent pas encore suffisamment aux programmes structurés d'ETP, qu'ils sollicitent majoritairement pour les patients diabétiques compliqués en échec thérapeutique. La formation en ET n'a pas d'impact significatif sur la pratique de l'ETP par les médecins généralistes, mais elle favorise la mise en œuvre des séances d'ET au cabinet et la connaissance de l'offre de soins en ETP de leur territoire, majorant leur recours aux programmes structurés d'ET. D'autre part, les médecins exerçant en zone de précarité sont mieux formés en ETP, ils se préoccupent plus du soutien psychosocial et de la qualité de vie de leurs patients diabétiques de type 2, qu'ils adressent plus facilement vers les programmes structurés, témoignant de leur sensibilisation accrue aux problématiques de lutte contre l'isolement, de coordination de soins et de soutien psychosocial.

Dix ans après la loi HPST, l'articulation entre les médecins généralistes, principaux acteurs des soins primaires, et les programmes structurés d'ETP reste encore insuffisante. Des formations diplômantes gagneraient à être rendues obligatoires. Il serait nécessaire d'explorer les besoins en éducation thérapeutique propres aux catégories socio-culturelles les plus défavorisées, afin de les aider à adapter leur démarche thérapeutique à différentes cultures et niveaux de littéracie en santé.

**Mots clés :** éducation thérapeutique, médecine générale, précarité, formation en ETP, loi HPST