



HAL
open science

Les attentes et les besoins des patients diabétiques de type 2 au cabinet de Médecine Générale

Hélène Bérard

► **To cite this version:**

Hélène Bérard. Les attentes et les besoins des patients diabétiques de type 2 au cabinet de Médecine Générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03270791

HAL Id: dumas-03270791

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03270791>

Submitted on 25 Jun 2021

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.

**Les attentes et les besoins des patients diabétiques de type 2 au cabinet de
Médecine Générale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Juin 2021

Par Madame Hélène BERARD épouse DE RAUCOURT

Née le 5 décembre 1990 à Versailles (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur RACCAH Denis	Président
Monsieur le Professeur BRUE Thierry	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur
Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	Directeur

**Les attentes et les besoins des patients diabétiques de type 2 au cabinet de
Médecine Générale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Juin 2021

Par Madame Hélène BERARD épouse DE RAUCOURT

Née le 5 décembre 1990 à Versailles (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur RACCAH Denis	Président
Monsieur le Professeur BRUE Thierry	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur
Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUE
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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	VIALETES 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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

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.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

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 *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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 détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
<i>ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)</i>	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
<i>ATLAN Catherine (disponibilité)</i>	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

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

ADALIAN Pascal (PR)

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

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
--

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

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) Surnombre

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)

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801
--

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
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)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

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

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-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 VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRON Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/20 MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2017) FUENTES Stéphane (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902**NUTRITION 4404**

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

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)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

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

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

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

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Raccah, vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon plus profond respect. Être interne dans votre service a été une expérience très riche.

À Monsieur le Professeur Brue, vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

À Madame le Docteur Lagouanelle Simeoni, vous qui avez accepté de participer au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

À Raphaëlle, vous me faites l'honneur de diriger ma thèse et je vous remercie. Merci pour vos conseils et votre bienveillance ! Merci de prendre le temps pour la formation des internes à l'exercice de la médecine générale et toutes ses problématiques !

Chers parents, c'est à vous que j'adresse mes premiers remerciements, merci pour tout ce que vous m'avez transmis ! La valeur du travail, de la famille. Il n'y a pas assez d'une petite ligne de remerciement pour vous témoigner toute ma reconnaissance.

À toi, Matthieu, j'ai tant de choses à dire ! Je veux aujourd'hui spécialement te remercier d'avoir su faire de ta famille ta priorité ! Merci pour ton aide précieuse particulièrement cette année !

À mes trois petits loups, Sixtine, Maxence et Raphaël ! Vous avez changé ma vie en faisant de moi une mère ! Je vous aime tellement !

A mes frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs : Benoit, Ségolène, Quentin, Hortense, Flore, Clément. Chacun à votre manière vous avez une place particulière dans mon cœur ! Il me tarde d'être à Bruadan pour que nous nous retrouvions !

A ma belle-famille, merci pour vos encouragements tout au long de mes études !

À mes amis de toujours :

Boud' et Lola, mes deux tiers, mes plus vieilles et fidèles amies ! Votre amitié m'a permis de devenir ce que je suis ! Merci !

Merci Oriane pour notre amitié !!! Grâce à toi, j'ai continué à avancer même quand j'étais découragée !

Merci Béa ! J'ai toujours admiré la façon dont tu as su gérer famille et études avec brio ! Tu as été une grande inspiration pour moi ! Bientôt ton tour pour la thèse ! Courage !

Merci à la BAM ! Je ris en pensant au tonneau d'or, à la place du trav'lot, à Dominique, à la cousine de Lola, au frère de Bérangère, à la grande saucisse... ! Autant de doux moments qui égalaient le cœur en y repensant !

Aux zoulous, amis fidèles malgré la distance !

À Stan, Marine et les enfants ! Bravo pour la famille que vous formez et pour ces deux années données au service des plus pauvres ! Je vous admire !

Aux personnes que la médecine m'a permis de rencontrer :

Merci Claire, Nagisa, Caro, Margaux, Mathilde pour ces années à PO, ces voyages... Il y a eu de bons moments, il y en a eu de moins bons, mais notre amitié m'a portée !

Merci Sarah, ma première co-interne ! Ces moments avec toi sont gravés !

Merci au Dr Treglia, médecin formidable ! Tu m'as fait découvrir ta spécialité, toujours dans le souci du bien-être du patient ! Travailler avec toi a été édifiant !

Merci Audrey pour ce remplacement ! Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance ! Bravo de réussir à concilier famille nombreuse et boulot !

Merci Pauline et Stéphanie pour ces moments ensemble à Cuers.

Merci à mes maitres de stages, qui ont pris la peine de me former.

Merci Cécile et Stéphane, qui avez pris le temps de m'accueillir et de m'initier à vos spécialités.

Aux Toulonnais :

Merci Malo et Jean, pour cette belle amitié ! On est triste de vous quitter, mais 2 ans ça passe vite !

Merci Raoul et Charlotte, éternelle reconnaissance pour le piston maison ! Charlotte, merci pour ton aide, tes relectures, tes remarques constructives et ta bienveillance ! Raoul, tu n'as plus besoin de faire tes preuves, se lever à 4h du mat' pour garder les enfants des copains... c'est du lourd ! Merci de nous avoir permis d'accueillir Raphaël en toute sérénité !

Merci Laure de Docto, tu m'as aidée à prendre confiance en moi dans mon rôle de médecin !
Merci de m'avoir tant de fois boostée pour la thèse...

Merci Marjo pour nos moments de *co working* transformés en café clope papote ! Un régal !

Merci Gaëtan et Delphine, pour ces bons moments passés ensemble ! Vous m'avez recueillie dans des moments de détresse !! Content de vous retrouver à Brest cet été !

Merci aux copines du Book club, Marie, Marianne, Candice, Marie-Ange, Marjo, Laure, Laeti, Astrid, Isaure, Elsa ! Bouffée d'oxygène !

Merci Merce et Clem pour ces bons moments ensemble ! Merce pour nos chouettes conversations, et Clem pour ces repas gastronomiques!

Merci Céline pour tes massages et tes étirements, tu es une copine (et une kiné) en or !

Merci Claire et Pierre, j'admire la famille que vous formez, vous êtes inspirants !

Aux mum's du télémètre pour les après sur la plat' et nos soirées jeux !

Merci les Kerklach girls pour nos diners et après bien sympas !

À tous ceux que j'oublie...

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS	- 3 -
INTRODUCTION	- 4 -
MATÉRIEL ET MÉTHODE	6
I. Choix de la méthode	6
II. Recrutement	6
III. Entretiens	7
IV. Guide d’entretien	8
V. Analyse des données	8
RÉSULTATS	9
Caractéristiques de l’échantillon	9
Analyse des résultats	12
PARTIE 1 : Les besoins des patients	12
I. Mener une vie normale.....	12
II. Une vie active	13
III. Une stabilité	14
IV. Autonomie	15
V. Se sentir entouré	16
PARTIE 2 : Les attentes envers le médecin traitant	18
I. Compétences techniques	18
A- Sur l’aptitude	18
B- Dépiste / Pose le diagnostic	18
C- Examen clinique régulier	19
D- Assure le suivi et adapte les traitements	19
E- Délivre des informations	20
II. Disponibilité.....	21
• Accessibilité	21
• Temps dédié	22
III. Flexibilité	22
IV. Prise en charge globale	22
V. Coordonner	23

VI. Compétences humaines	24
VII. Avoir un lien	25
VIII. L'Homme avec un grand H	26
DISCUSSION	28
Validité interne.....	28
I. Force de l'étude.....	28
II. Faiblesses de l'étude	28
Validité externe.....	29
Discussion des résultats.....	31
1. Définition de la médecine générale par la WONCA.....	31
2. Vers une autonomisation	32
3. Vers un réseau de soins et d'accompagnement coordonné par le généraliste.....	33
4. Vers une prise en charge centrée sur le malade.....	34
5. Vers un bien-être psychique et physique.....	36
6. Horizon sur les pratiques européennes et canadiennes.....	37
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXE.....	44
Annexe 1 : Guide d'entretien	44
Annexe 2 : Critère COREQ.....	45
SERMENT D'HIPPOCRATE	48

ABREVIATIONS

ENTRED	:	Échantillon National Représentatif témoin des personnes Diabétiques
InVSe	:	Institut de Veille Sanitaire
DT2	:	Diabète de Type 2
DAWN2	:	Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2
WHO	:	World Human Organisation
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
FdR	:	Facteurs de risques
CPTS	:	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CEED	:	Centre Européen d'Étude du Diabète

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une maladie métabolique chronique fréquente dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Il est même parfois qualifié de pandémie. En France, la population diabétique est estimée à 4,5 millions de personnes en 2019 avec une majorité de diabète de type 2 (92%). (1-4)

Lourd de conséquences du fait de ses complications aiguës et chroniques, il est responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité. (5) Cette surmortalité est essentiellement due aux cardiopathies ischémiques, aux maladies cérébro-vasculaires et à l'insuffisance rénale.(6)

Le rapport de l'OMS sur le diabète en 2016 estimait le nombre de décès directement lié au diabète à 1,6 millions. (7) De fait, il constitue un problème de santé publique majeur, sans parler du coût lié à sa prise en charge (12,5 milliards d'euros en 2007 selon les estimations de l'assurance maladie). (5)

L'étude ENTRED menée entre 2001 et 2007 montre qu'il y a une meilleure prise en charge globale du diabète de type 2, avec une amélioration du contrôle glycémique (médiane à 6,9% soit une baisse de 0,3%), de la pression artérielle et du cholestérol. Si des progrès importants sont observés, ils demeurent toutefois insuffisants. Aujourd'hui, 41% des patients ont encore une hémoglobine glyquée supérieure à 7%. (8)

Cette pathologie est essentiellement prise en charge en ville et par les généralistes. Ils posent le diagnostic dans 80% des cas et sont les seuls intervenants dans 87% des cas. (9) Même si l'étude sur les attitudes, les souhaits et les besoins face au diabète (DAWN2) montre une globale satisfaction des patients diabétiques concernant leur prise en charge, seule la moitié estime que leur équipe médicale leur apporte un très bon soutien.(10)

Le rapport de l'OMS sur les maladies chroniques mettait en évidence que si la plupart des médecins sont compétents dans l'établissement d'un diagnostic et dans la prescription d'un traitement, il y a néanmoins une carence dans l'éducation et la formation des patients dans la prise en charge de leur maladie. (11) Les principales difficultés que les médecins rapportent dans leur démarche d'éducation et d'accompagnement sont liées à un manque de temps, de structures relais ou de support d'information pour les patients. (12) L'identification de leurs

besoins est un domaine dans lequel les médecins généralistes et spécialistes souhaitent aujourd'hui se perfectionner. (8)

La prise en charge est peut-être trop centrée sur la maladie et non sur le malade.(13) Elle doit tenir compte du poids physique, financier et émotionnel dans la vie des patients au-delà d'un aspect purement médical. Ceci est particulièrement vrai pour le diabète de type 2 qui demande au patient la mise en place de phénomènes adaptatifs importants. (12) (13)(14)

En ce sens, l'éducation thérapeutique du patient (ETP), dont l'objectif est l'acquisition et le maintien des compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, est essentielle pour optimiser la prise en charge. La place du médecin traitant est encore marginale dans ces programmes hospitalo-centrés.(11)(15)(16)

Comment replacer le généraliste au cœur de la prise en charge des patients diabétiques pour répondre au mieux à leurs attentes ? En quoi sa place n'est-elle pas à sous-estimer ? De quoi les patients manquent-ils ? Qu'attendent-ils ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer les besoins et les attentes des patients diabétiques de type 2 concernant leur accompagnement au cabinet de médecine générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Choix de la méthode

La problématique étudiée dans cette enquête concerne le ressenti des patients diabétiques type 2, leurs attentes et leurs besoins dans leur prise en charge vis-à-vis de leur médecin traitant.

Le choix de la méthode s'est orienté vers une étude qualitative car elle permet d'appréhender la complexité d'un vécu ou d'expériences personnelles.

Cette recherche est donc qualitative descriptive, elle s'est appuyée sur des entretiens semi dirigés, individuels, auprès de patients diabétiques de type 2 traités ou non.

II. Recrutement

La population étudiée était donc des adultes diabétiques de type 2, traités ou non, sous insuline ou non, résidant dans le Var.

Ils devaient être inconnus de l'investigatrice tant sur le plan professionnel que personnel.

Le seul critère d'exclusion était la présence de troubles cognitifs qui empêcherait la compréhension correcte des questions et l'expression du vécu.

Les patients ont été recrutés de différentes manières :

- Grâce à deux infirmiers libéraux ayant transmis les coordonnées de patients visités à domicile.
- Par l'intermédiaire de médecins généralistes.
- Par l'intermédiaire de pharmaciens.
- Par l'intermédiaire d'un laboratoire d'analyses médicales.
- Par bouche à oreille.

Les patients étaient informés de l'étude par ces intermédiaires (un professionnel de santé ou par bouche à oreille) et leurs coordonnées étaient transmises à l'enquêtrice qui les contactait ensuite.

L'échantillon était effectué en recherche de variation maximale. Nous avons cherché à obtenir un échantillon diversifié en termes d'âge, de sexe, d'ancienneté du diabète. Aucun des patients n'était suivi par le même médecin généraliste.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Elle a été obtenue après huit entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'en assurer.

III. Entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre juillet 2018 et mars 2021. Sept entretiens ont été organisés en face à face au domicile des patients et trois ont été réalisés par téléphone du fait de la situation sanitaire due à la *COVID-19*. Les entretiens ont tous été menés par l'enquêtrice, individuellement, hormis pour les patients sept et huit qui étaient parents.

Ils se déroulaient de manière semi-dirigée : un guide d'entretien a été défini en amont avec une série de questions relativement ouvertes permettant la libre expression des patients.

Il y avait également des questions fermées afin de recueillir des données sociodémographiques.

Tout était intégralement enregistré grâce au dictaphone du *smartphone*.

Nous n'avons pas soumis de demande au comité d'éthique. Cependant, l'enquêtrice avait au préalable informé les patients du but de l'étude et ils ont donné leur consentement oral. Les données ont été totalement anonymisées.

IV. Guide d'entretien

Un canevas a été préparé avec la directrice de thèse avant le début de l'enquête. Il a été testé auprès de deux patients.

Il a été modifié au fil des différents entretiens afin de s'ajuster sur les questions de recherche. Tous les thèmes étaient abordés, seul l'ordre variait en fonction de la direction que prenait la discussion. La souplesse de l'entretien permettait une liberté d'expression des patients.

On laissait la possibilité aux patients de compléter par un commentaire libre à la fin de l'entretien.

Le guide d'entretien complet se trouve en annexe (ANNEXE 1)

V. Analyse des données

Les entretiens ont tous été retranscrits par l'enquêtrice sur un logiciel de traitement de texte, mot pour mot, sans correction de langage. Certains passages sans rapport avec le travail de recherche n'ont pas été retranscrits.

Le langage non verbal a également été retranscrit quand il était intéressant.

Les données étaient anonymisées.

L'analyse a été réalisée dans une démarche inductive.

Il y a d'abord eu un codage descriptif des données à partir de mots, expressions verbales ou non verbales, et de passages porteurs de sens (verbatim) par l'investigatrice et une tierce personne. Elles étaient ensuite mises en commun pour obtenir consensus.

Les codes étaient ensuite triés et regroupés afin d'obtenir des thèmes et des sous-thèmes qui étaient mis en lien par l'analyse transversale afin de répondre à la question de recherche.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Dix patients ont participé à l'étude entre juillet 2018 et février 2021. La saturation des données a été obtenue après huit entretiens, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer la saturation.

1- Sexe

L'échantillon est constitué de six femmes et de quatre hommes.

2- Age

Les patients ont entre 48 et 77 ans. La moyenne d'âge est de 64,7 ans.

3- Domiciliation

Les patients habitent dans un rayon de trente kilomètres autour de Toulon. Cinq sont en milieu urbain et cinq en milieu semi-rural.

4- Situation professionnelle

Trois patients sont en invalidité, un est au chômage et six sont retraités.

5- Situation familiale

Six sont mariés, deux sont divorcés, une patiente est célibataire et une est veuve.

6- Ancienneté du diabète

L'ancienneté du diabète variait entre 5 et 23 ans.

Deux patients ont un diabète depuis 5 ans ou moins.

Quatre patients ont un diabète depuis 6 à 10 ans.

Quatre patients ont un diabète depuis 20 ans ou plus.

7- Indice de masse corporelle

Tous les patients avaient un IMC supérieur à 25.

Quatre patients avaient un IMC compris entre 25 et 30.

Quatre patients avaient un IMC compris entre 30 et 40.

Deux patients avaient un IMC supérieur à 40.

8- Équilibre diabétique

Quatre patients ont une hémoglobine glyquée inférieure ou égale à 7%.

Trois patients ont une hémoglobine glyquée strictement inférieure à 8%.

Trois patients ont une hémoglobine glyquée supérieure à 8%.

9- Traitement

Tous les patients ont un traitement.

Sept patients sont traités par antidiabétiques oraux uniquement.

Trois patients sont traités par antidiabétiques oraux associés à de l'insuline.

Aucun n'est sous insuline seule.

10- Complications

Huit patients n'ont aucune complication liée au diabète.

Un patient a de l'albuminurie.

Une patiente a deux complications : rétinopathie diabétique et neuropathie.

11- Récapitulatif

Patients	Sexe	Age	Personnel	Professionnel	IMC	Age diabète	HbA1C	Traitement	Complications	FdR CV	diabétologue
P1	F	70	Mariée	Retraite	33	8	7,6%	ADO	0	1	oui
P2	F	56	Divorcée	Invalidité	42,5	6	7%	ADO	0	0	oui
P3	F	63	Divorcée	Invalidité	36,2	20	9%	ADO+ insuline	Oui	1	oui
P4	H	76	Marié	Retraité	36	>20	7,7%	ADO+ insuline	0	0	Oui
P5	H	68	Marié	Retraité	29,4	23	6,5%	ADO	0	2	non
P6	F	48	Célibataire	Chômage	42	6	6,5%	ADO	0	0	non
P7	F	77	Veuve	Retraitee	32	10	6,5%	ADO	0	2	non
P8	H	50	Marié	Invalidité	29,4	5	10,5%	ADO+ insuline	0	1	non
P9	F	71	Mariée	Retraitee	25,9	5	7,3%	ADO	non	2	non
P10	H	68	Marié	Retraité	28	20	8,2%	ADO	Non	2	oui

Analyse des résultats

PARTIE 1 : Les besoins des patients

I. Mener une vie normale

La plupart des patients manifestaient le besoin de mener une vie normale.

« Donc je ne me prends plus la tête, je vis normalement et écoutez voilà » (P2)

« Non non je vis normalement » (P5)

Cela pouvait se manifester par l'envie de garder la maladie secrète.

« Personne ne me prend pour une diabétique. Je suis comme tout le monde comme les autres et ça c'est très important » (P2)

Certains pensaient qu'il ne fallait pas trop se focaliser sur la maladie.

« Non non ... C'est justement, c'est ce truc là qu'il ne faut pas, tourner constamment... on n'est pas dans un truc d'alcoolique anonyme ! » (P2)

Mener une vie normale passait par l'acceptation de la maladie, ce qui pouvait être une étape problématique comme pour le patient 3.

« Bon maintenant c'est rentré dans l'ordre c'est rentré dans ma vie. Mais si vous voulez au début je refusais tout » (P3)

Ainsi la maladie pouvait s'intégrer dans la vie des patients.

« C'est rentré dans mon quotidien » (P5)

Plusieurs évoquaient l'importance de la sensation de bien-être, qui permettait de bien vivre avec le diabète.

« Vous voyez moi je trouve que si vous êtes bien dans votre tête le reste suit » (P2)

« Et là je m'aperçois ça fait quoi ... trois, quatre ans, ça va bien, je gère mon état de santé, ça va, (...) J'ai une vie qui est pas trop trop mal donc moins de problèmes moins de contraintes donc du coup naturellement fffffffiiiiouuu ... » (P8)

Il était important pour eux d'avoir des loisirs et une vie équilibrée.

« Je fais mon shopping, quand j'ai envie d'aller manger au resto je fais un resto, dans un salon de thé aussi, vous voyez, je me fais plaisir ! Bon je vais pas non plus me gaver. » (P2)

II. Une vie active

Certains patients avaient besoin de rester actifs et de se sentir utiles.

« Vous êtes sollicitée et vous vous sentez utile et je crois qu'en définitive je ne suis pas quelqu'un de seule et ça c'est important » (P2)

Parfois la vie active, et notamment la profession, mettait le patient en difficulté pour la gestion de la maladie.

« Parce qu'autrement vous savez comme on dit le taux de diabète qui stagne ce qui m'est arrivé à moi puisque bon en travaillant toute la journée c'est plus ou moins facile voilà c'était assez difficile » (P2)

« Bon bah vous imaginez bien, hein quand on est boulanger ou pâtissier, je mangeais pas mal, les sucres lents, les pâtisseries, donc là déjà j'ai perdu ça et à cause de ça j'ai perdu 15 kg. » (P5)

« Quand je travaillais c'était beaucoup plus en dents de scie » (P5)

III. Une stabilité

Les patients avaient besoin d'une stabilité dans leur vie, d'une forme de routine.

« Bon pour l'instant on essaie de garder un diabète à peu près stabilisé » (P1)

« C'est la routine, c'est la routine » (P5)

« Non ça se fait bien, il faut le faire, donc je fais mon bilan tous les trimestres ! Vous voyez là je suis en train de faire la révision des 5000, il faut faire le rein, le ceci le cela le cœur, parce qu'il faut le faire hein » (P1)

Ils étaient également attachés à leurs habitudes notamment avec le médecin traitant.

« C'est-à-dire que ça fait des années que c'est comme ça ! Jusqu'à présent on a toujours fait comme ça » (P4)

Certains n'avaient pas confiance quand les traitements étaient modifiés.

« Parce que un jour on vous enlève un cachet un jour on vous le remet on joue au yoyo, on joue au yoyo » (P9)

« Y'avait des jours on pouvait lui faire l'insuline, d'autres on pouvait pas ... Alors voilà, l'insuline, Comment dire ... ça m'a un peu refroidie » (P1)

Ils évoquaient l'évolution de la maladie depuis le diagnostic.

« Plein de choses qui se passent en 6 ans » (P1)

« Pas mon angoisse, mais presque c'est vous savez l'avancée de la maladie » (P2)

Et ils espéraient une stabilité de la maladie car ils redoutaient la survenue de complications.

« Je vois les jambes coupées ... et vous voyez (secoue la tête) non non ... » (P1)

« J'ai peur qu'il m'arrive quelque chose, un AVC ou quoi » (P6)

« Si je fais la conne j'aurais tout ça ! Moi je veux rien de tout ça » (P6)

« J'y ai dit « j'aimerais bien garder quand même mon foie, mes reins, mon pancréas » » (P8)

IV. Autonomie

Certains patients exprimaient la nécessité d'être autonomes.

« Je me suis prise en main » (P2)

« - vous arrivez à jongler ? - oui oui ! » (Adaptation des doses d'insuline) (P4)

« C'est moi qui me pique. » (P4)

« Ha bah là je me gère tout seul, je me gère tout seul. » (P8)

Ils avaient conscience de leur responsabilité dans l'équilibre de leur diabète et avaient envie de s'investir dans leur prise en charge.

« Mon diabète, je pense que je vais le résoudre » (P6)

« Si je fais la conne j'aurai tout ça ! » (P6)

« Ensuite je me suis prise en main » (P2)

Par conséquent les patients souhaitaient acquérir des compétences.

« Je commence à connaître le vocabulaire » (P4)

« Je me suis bien préparée, je me suis armée » (P1)

« Ça nous donnait les bases pour connaître la maladie, ce que ça implique et les réflexes à avoir » (P5)

De fait, certains étaient anxieux de ne pas suffisamment connaître leur maladie :

« Là si j'ai une crise de de de glycémie, je sais même pas comment ça se présente ! » (P7)

« Je sais pas ça ça me panique est-ce que je fais bien pas bien ? je n'en sais rien ! » (P9)

La survenue de la dépendance pouvait inquiéter.

« Pour l'instant je peux encore le faire » (En parlant des soins de pieds) (P2)

« Vous voyez moi qui aime marcher qui aime courir à droite à gauche, vous voyez si vraiment je ne pouvais plus y arriver je vous dis honnêtement, je n'accepterai de me faire amputer, je vous le dis franchement je préférerais mourir que d'être amputée vraiment » (P2)

« Alors si on me lève le permis parce que j'ai 76 ans, si j'ai un accident ou qu'il m'arrive quelque chose et qu'on me lève le permis, p'taaaaard, comme la prison pour moi ... ha ouai » (P4)

V. *Se sentir entouré*

On pouvait noter au cours des entretiens la place importante de l'entourage familial et social.

Certains se sentaient seuls et auraient souhaité être plus entourés.

« On est seul avec soit même » (P3)

« Se sentir seule dans cette maladie » (P6)

« Non bah c'est que je suis abandonnée par tout le monde » (P7)

« Et j'en parle pas après (regarde ses mains) les autres il connaissent pas, il faut le vivre pour le connaître, hé oui » (P1)

Parfois les patients se sentaient en décalage, et devaient renoncer à participer à des évènements avec leur entourage, par exemple pour les sorties au restaurant, ou bien les sorties sportives.

« Avant je ne sortais plus parce que j'avais peur d'être tentée, je ne sortais plus ! » (P6)

« Mais je pffffiouuu et avec mon poids, 110 kilos, toi tu fais 50 kg non non ça va pas, moi je peux pas venir avec vous » (P6)

Alors que pour d'autres, l'entourage était un soutien et un appui.

« Les personnes que je connais qui m'ont aidé » (P1)

« Je suis entourée de jeune je suis, j'ai un petit fils de 27 ans, une petite fille de 22 un fils de 50 ans, un arrière de 5 mois, j'ai des étudiants, j'ai des étudiantes, des collègues très jeunes, alors est ce que c'est ça qui me maintient. L'entourage il fait E NOR ME MENT » (P2)

« Il m'a dit « allez, faut que tu le fasses », donc après ça fait un peu, tout un petit réseau, un petit réseau d'entraide » (P6)

Certains patients soulignaient l'implication de leur conjoint dans la gestion du diabète, en particulier en ce qui concerne l'équilibre alimentaire.

*« Donc ma femme elle me dit « donne le cadenas comme tu faisais avec Esperance ! » »
(P4)*

*« Oh oui oui ! Héhé elle me surveille comme l'huile sur le feu ! ha bah on a beaucoup
d'années communes donc c'est normal ! » (P10)*

Les patients avaient besoin de partager avec d'autres diabétiques, et de s'entraider.

*« On pourrait s'entraider, par exemple si on est de la même ville « ah mais moi vous savez
je vais marcher » « ha mais oui mais moi je me sens pas » « bah venez avec moi ensemble
une fois » » (P6)*

« Moi je sais que ça me fait du bien d'en parler ! » (P10)

PARTIE 2 : Les attentes envers le médecin traitant

I. Compétences techniques

A- Sur l'aptitude

Les patients attendaient de leur médecin traitant des compétences techniques.

Quand certains estimaient leur médecin tout à fait compétent pour traiter et prendre en charge le diabète de type 2 :

« Il m'aide suffisamment » (P6)

« Elle a tout géré de A à Z » (P8)

D'autres émettaient des réserves...

« Certains médecins généralistes ne connaissent pas assez la maladie et ne nous conseillent pas bien » (P1)

« Non il gère ça et je pense, je ne sais pas s'il en a vraiment la, la compétence de gérer un diabète équilibré » (P9)

B- Dépiste / Pose le diagnostic

Pour huit patients, sur les dix interrogés, le diabète avait été diagnostiqué par le médecin traitant soit au cours d'un bilan de dépistage de routine, soit du fait d'un évènement aiguë.

« Bah c'est L. en me faisant les prises de sang, parce que je faisais des prises de sang tous les ans » (P6)

« C'est le médecin, ... y'a peut-être 10 ans. C'est Dr. B. à H. mon médecin traitant » (P7)

Le médecin traitant devait pouvoir réagir et initier un traitement.

« Le médecin a commencé à me donner les cachets et après je suis allé voir le diabétologue » (P4)

« Je suis allé voir le médecin traitant qui m'a mis sous cachets au départ » (P8)

« Elle a sorti tout de suite ce protocole-là » (P8)

C- Examen clinique régulier

Il était important pour les patients d'être examinés par le médecin, c'était une preuve de sérieux, et ainsi ils se sentaient en sécurité.

« A chaque fois que je la vois, enfin, elle regarde mes pieds, elle regarde ... elle est très sérieuse. » (P5)

« C'est un médecin traitant qui est très sérieux, qui connaît qui fait bien son travail, à chaque fois elle m'examine elle m'ausculte, et l'autre médecin traitant par exemple, je le connaissais très bien alors bon, on discutait plus et il m'examinait moins » (P5)

« Il s'occupait bien de moi, il m'a bien tout pris tout pesé tout TOUT ! » (P7)

D- Assure le suivi et adapte les traitements

Professionnel de proximité, le généraliste devait pouvoir assurer la surveillance et le suivi des patients.

« Maintenant c'est mon médecin généraliste qui me suit. Euh ... il me suit, bon bah tous les trois mois avec mes analyses, je viens la voir et une fois par an j'ai une prise de sang complète pour tout voir. » (P5)

Les patients attendaient de lui qu'il soit capable d'adapter les traitements si nécessaire.

« Maintenant que le diabète est stabilisé, il m'a baissé les traitements » (P6)

« Elle a essayé de gérer avec Metformine et le Janumet (...) elle a joué avec ça un moment mais bon après... » (P8)

« Bon arrête un petit peu t'es à deux grammes quatre vingt de long » alors queeeee j'ai en réalité j'ai trois grammes de metformine dans le sang elle dit « c'est bon va falloir qu'on passe à autre chose » (P8)

E- Délivre des informations

Le médecin généraliste était très attendu sur sa capacité à répondre aux questions de ses patients et à leur délivrer des informations, quel que soit le domaine (alimentation, complications, physiopathologie ...)

En effet, pour beaucoup de patients, le médecin traitant est la principale ressource en cas de question. En présence de difficultés, ils se tournaient en priorité vers lui.

« Il me donne des conseils » (P4)

« Quand j'ai une question je lui pose » (P5)

« Après si j'ai des questions je peux demander à mon généraliste » (P6)

« J'ai un médecin traitant déjà qui est hyper compétent et quand j'ai besoin elle m'explique » (P8)

Peu de patients effectuaient des recherches sur internet au sujet du diabète, ils évoquaient le manque de fiabilité des sources sur internet.

« J'ai commencé j'avais mal à la tête, j'ai fini j'avais un cancer, un sida donc non Je ne regarde plus. Non, sur internet JAMAIS JAMAIS JAMAIS » (P1)

Ils soulevaient l'importance de la formation initiale par le généraliste, avec un temps dédié, plus long au moment du diagnostic.

« Au début, Il m'a beaucoup expliqué » (P2)

« Il m'a donné une bonne base » (P6)

« Parce que c'est affolant au début, après c'est vrai que le docteur m'a BEAUCOUP expliqué..., » (P6)

Ils avaient besoin d'informations concrètes et personnalisées.

« Il me disait « Là non vous avez mangé trop de pain, vous avez mangé trop de fromage » (P6)

Ils souhaitaient que le médecin s'adapte et utilise un vocabulaire clair et adapté à leur niveau, et appréciaient l'aide d'un support.

« Avec des mots simples parce que on n'est pas médecin, qu'on comprenne, parce que vous quand vous parlez entre médecins on comprend rien. » (P6)

« Des mots, des mots accessibles que ça reste accessible pour le vulgus specule parce que bah j'suis pas médecin j'ai pas fait médecine » (P8)

« Elle expliquait très très bien ! Et si par exemple on comprenait pas quelque chose elle prenait un papier, elle faisait un schéma pour qu'on comprenne » (P10)

II. Disponibilité

- Accessibilité

Ce que les patients appréciaient et ce qu'ils recherchaient essentiellement était un professionnel de santé de proximité, accessible facilement, qualité plus aisément retrouvée chez le médecin généraliste.

« C'est le médecin traitant qui a continué parce qu'il est à côté, je peux parler avec lui, c'est plus facile quand j'ai besoin de lui parler » (P1)

« Ho ouiiii... ! Mon médecin il est très accessible » (P3)

Le délai de consultation pouvait malgré tout être reproché.

« En France ça, vous êtes malade bah c'est pas grave on vous voit dans une semaine, bah non quand je suis malade c'est que vraiment j'ai besoin. » (P7)

Une patiente plus âgée était freinée par la logistique et aurait aimé pouvoir bénéficier de visites à domicile :

« C'est juste que le Dr R. Faut prendre rendez-vous, faut y aller... » (P7)

- Temps dédié

Les patients avaient besoin que le médecin prenne le temps pour eux, et puisse allonger le temps de consultation si besoin.

« Qu'elle prenne le temps oui, qu'elle prenne le temps » (P10)

« Il prend du temps s'il faut rester vingt minutes et ben c'est vingt minutes, si j'ai besoin de lui trois quarts d'heure et bah il me prend trois quarts d'heure » (P6)

III. Flexibilité

Les patients attendaient de leur médecin qu'il sache s'adapter. Comme vu précédemment, il était apprécié que le médecin délivre des informations personnalisées et utilise un vocabulaire adapté à son auditoire. Selon le stade d'évolution de la maladie, ou selon le stade d'acceptation, le généraliste devait faire preuve de patience et de délicatesse pour faire adhérer son patient au projet de soin. On pourrait même parler de talent de négociateur !

« M'alerter sans me traumatiser » « Mais c'est vrai, il a dit avec des mots simples sans que ça me braque, pour vous dire ça a mis un an pour que je me pique » (P6)

Il était également important que le médecin adapte son temps en fonction des besoins du patient, tant sur la durée des consultations que sur la fréquence.

« Il prend du temps s'il faut rester vingt minutes et ben c'est vingt minutes, si j'ai besoin de lui trois quarts d'heure et bah il me prend trois quarts d'heure » (P6)

« Après je le voyais tous les trois mois mais sur certaines périodes je venais le voir tous les mois parce que j'avais besoin » (P6)

IV. Prise en charge globale

Une des particularités des visites chez le médecin généraliste était la globalité de la prise en charge des patients.

Souvent les patients connaissaient leur médecin depuis plusieurs années et parlaient du lien qu'ils avaient avec ce dernier qui les connaissait personnellement, et même parfois la famille, et l'environnement social et professionnel.

« Il le sait, il le sait, il le sait que je suis comme ça » (P3) « C'est de famille il le sait » (P3)

« Il me connaît bien maintenant » (P6)

« Il me demande la fac comment ça va » (P2)

De fait, il pouvait être reproché aux spécialistes ce manque de proximité.

« Mais vous voyez moi, je m'en fiche de voir le diabétologue, il me connaît pas, il sait pas comment je vis, je peux pas lui parler donc ça me sert pas. » (P1)

Il devait pouvoir prendre en charge les patients polypathologiques.

« On ne se focalise pas vraiment sur le diabète » (P2)

« Disons que quelqu'un qui a plusieurs pathologies c'est pas forcément heu ... facile à raconter parce que complexe » (P9)

V. Coordonner

Les patients avaient besoin d'autonomie, et beaucoup s'investissaient dans leur prise en charge. Certains patients avaient besoin de se sentir intégrés aux décisions médicales, du moins, ils avaient besoin d'exprimer leur point de vue sur un plan de soins.

« ON va essayer ce médicament, ON va voir si ça améliore » (P2)

« Il m'avait dit « peut-être l'insuline » j'ai dit non non non » (P2)

« J'ai dit « moi j'aurai pas l'insuline » et il me dit « oui mais S. si votre pancréas il part en live vous serez obligée » et j'ai dit « beh non » » (P6)

Les patients étaient rassurés par le réseau que le médecin traitant avait en soutien.

« Il trouve toujours les moyens pour nous » (P6)

« Et là, c'est c'est son, avec son infirmière qui est venue à la maison tous les mois » (P8)

Ainsi il pouvait orienter son patient vers un spécialiste si besoin :

« Il m'a envoyé vers un diabétologue » (P5)

« C'est là qu'il m'a dit « non là il faudrait peut-être aller voir une diététicienne » » (P6)

Ils appréciaient que le médecin connaisse et reconnaisse ses limites.

« Mais là comme il voyait que j'avais encore trop de poids à perdre c'est là qu'il m'a dit « non là il faudrait peut-être aller voir une diététicienne » » (P6)

« Et puis au bout d'un moment elle a dit « écoute j'en perds mon latin je t'envoie voir un spécialiste » (P8)

VI. *Compétences humaines*

Au-delà de toutes les compétences techniques qui ont pu être citées ci-dessus, les compétences humaines étaient tout autant, sinon plus, importantes.

Ils avaient besoin que le médecin soit à l'écoute, empathique et leur manifeste de l'intérêt.

« Je peux plus lui parler » (P1)

« Il est à l'écoute, je lui ai dit qu'il était formidable » (P6)

« Et de ce qu'il me disait je voyais que ça lui tenait à cœur » (P4)

« J'ai fait les analyses, et elle m'a téléphoné pour me dire que les analyses étaient pas bonnes et qu'elle aimerait me voir, ça ça m'a plu ! J'ai dit, « tiens elle s'intéresse à moi » » (P7)

Les médecins avaient leur rôle à jouer dans l'encouragement de certains patients moins motivés.

« Mais il m'a toujours encouragé, je le vois tous les mois et il me dit « faut reprendre confiance et ci et là » il me dit « M'sieur P, ... Il faut que ça dure !!!!! » (P 4)

« Grâce à lui je me suis battue » « Il m'a beaucoup encouragée et je me suis sentie boostée » « Il m'a dit « c'est bien S., c'est bien il faut continuer » » (P6)

Parfois, ils avaient besoin d'être recadrés, la relation médecin-malade devenait plus verticale ou paternaliste et le médecin devait punir ou sanctionner.

« La dernière fois, je lui ai donné les analyses et oouuuucchhhfff il est devenu rouge ! ça le touche hein ! il m'a pas traité de con mais bon ... ha ouai ouai ouai il a changé de couleur ! » (P4)

« Quand on y va on doit rendre des comptes hein ! » (P4)

« Il me dit : « Attention S. c'est moi le médecin » (P6) « Il m'a fait les gros yeux » (P6)

« Des fois c'est « c'est ou tu fais ta prise de sang, ou j'te fais pas ton ordonnance » (P8)

Une patiente parlait également de l'instinct du médecin ou plutôt de son aptitude à cerner ses besoins.

« Il a dû le sentir que j'allais péter les plombs » « Parce qu'il voyait que j'avais besoin de ça » (P6)

Les patients attendaient également de leur médecin de l'honnêteté.

« Mais après moi je lui ai toujours dit, il faut me dire la vérité, le médecin il doit dire la vérité » (P6)

VII. Avoir un lien

Finalement, les patients avaient besoin d'être en relation avec leur médecin. Ce lien médecin-malade est indéniablement créé au fil des consultations et des années. Le suivi sur le long terme était un avantage que le généraliste pouvait avoir par rapport à d'autres praticiens consultés plus ponctuellement.

« Avant les médecins c'était de la naissance jusqu'à la mort, c'est vrai hein ! » (P7)

« Enfin si, moi je trouve que quand on a un médecin traitant qui nous suit depuis longtemps, vraiment, il peut se rendre compte des choses qui sont importantes » (P10)

L'affect prenait le pas sur la raison pour certains patients. Il devait y avoir une affinité.

« En fait, il me connaît bien maintenant, y'a une complicité et je pense qu'il faut avoir ça avec les patients, faut arriver à à à ... voilà c'est mon docteur ! » (P6)

« Bah je sais pas, il me plaisait bien celui-là » (P7)

Évidemment de ce lien médecin-malade découlait une relation de confiance, indispensable pour un bon suivi.

« Je suis en parfaite confiance » (P5)

« Ha bah je fais confiance au médecin hein ! c'est la première des choses ! » (P10)

Cette relation de confiance permettait de donner du poids à la prescription médicale, et augmenter l'adhérence du patient à son projet thérapeutique.

« Je ferai le maximum vous me dites ce qu'il faut faire » « Je l'ai écouté, je l'ai fait » (P6)

Une patiente n'appréciait pas l'utilisation de l'informatique, frein au relationnel et à la « convivialité » des consultations.

« Moi j'ai l'impression qu'il suffit de cliquer et ils ont tout ce qu'il faut. » (P7)

« Avant c'était plus chaleureux plus convivial. » (P7)

VIII. L'Homme avec un grand H

Médecin oui, mais Homme avant tout. La nécessité d'être un exemple a été notifiée par une patiente.

« Non non mais c'est ce qui m'énerve parce qu'en principe toujours, quand ils sont gros ils me disent toujours : « ha mais faut que vous maigrisse », pourquoi lui il maigrir pas lui alors ??? » (P7)

« Parce que je trouvais qu'on peut pas dire à quelqu'un qu'il doit maigrir si nous même on est pas maigre » (P7)

Le sexe du médecin a également été évoqué par un patient qui ne pouvait pas aborder certains sujets trop intimes avec son médecin du sexe opposé.

« C'est plus compliqué d'en parler à mon médecin aujourd'hui. (Silence) c'est peut-être que c'est une femme... (silence) (P5)

Même si le généraliste avait toutes les qualités souhaitées, force est de constater qu'il n'était pas tout puissant malgré tout ! Plusieurs patients prenaient leur part de responsabilité dans l'équilibre ou déséquilibre de leur maladie.

« Je me dis qu'il a raison, oui, mais bon ça change pas grand-chose pour la suite » « il ne peut pas nous remplacer dans notre quotidien » (P3)

« Le jour de la visite, il me donne des consignes et je me dis « mais quand même faut que je fasse un effort et tout, mais 3 jours après j'y pense plus voilà pour moi c'est ça donc il faut que ...Je ne pense pas qu'il puisse faire plus. Je crois qu'on ne pourrait pas m'aider (P4)

DISCUSSION

Validité interne

I. Force de l'étude

Les critères COREQ ont été autant que possible respectés afin de présenter une thèse de qualité.

Le recrutement des patients a été fait avec un maximum de variation.

Le choix des entretiens semi dirigés avec des questions ouvertes a donné plus de liberté au patient pour s'exprimer et ainsi faire ressortir un maximum d'informations. L'approche individuelle et personnalisée a pu mettre le patient en confiance.

L'utilisation d'un dictaphone a permis à la chercheuse de se rendre plus disponible au moment des entretiens ce qui favorise le lien avec les patients et facilite le dialogue.

Le double codage a permis de gagner en objectivité.

II. Faiblesses de l'étude

L'enquêtrice étant novice dans la recherche qualitative, le manque d'expérience a limité la qualité des entretiens.

Les entretiens n'ont pas tous été menés de la même manière, pour certains en face à face et pour d'autres par téléphone. Il était probablement plus difficile pour les patients de s'exprimer par téléphone, et pour l'enquêtrice de noter le langage non verbal et quelques subtilités visibles uniquement lors d'un entretien en présentiel.

Il existe un biais dans l'analyse des données, puisque le codage a été réalisé par l'enquêtrice avec une interprétation, bien qu'il ait été minimisé par la triangulation.

Validité externe

L'étude française Diabasis, sur la représentation qu'ont les diabétiques de type 2 sur leur maladie validait plusieurs résultats retrouvés dans cette recherche.

Dans cette étude, 85% des patients souhaitaient plus d'explications sur leur maladie, et avaient envie de s'investir davantage dans leur prise en charge. Elle montrait également que l'équilibre glycémique ou les changements de comportements étaient meilleurs quand il y avait une relation bilatérale médecin malade.

Elle soulignait aussi l'importance de l'entourage familial du patient, qui était la plupart du temps très aidant et encourageant, notamment dans l'amélioration des habitudes alimentaires.

Un point intéressant était l'état d'anxiété des patients au moment du diagnostic. Ceci validait l'intérêt d'un temps dédié, plus long, avec le soignant pour passer cette étape.(9)

Le Docteur Malnou ayant réalisé une thèse sur l'abord de l'estime de soi dans l'accompagnement des diabétiques, avait trouvé des résultats intéressants sur le rôle des soignants et des proches dans la valorisation et le renforcement des compétences des patients des résultats positifs en découlant. Le médecin traitant, acteur principal de la prise en charge, était attendu pour ses compétences techniques (informations, délivrance des traitements...), comme le diabétologue, mais était plus rarement vu comme soutien moral, cette donnée était plutôt discordante avec notre étude. Certains patients pouvaient trouver le discours de soignant infantilisant, source de stress ou culpabilisant, montrant ainsi la nécessité d'une relation de confiance réciproque et de bienveillance.

Elle montrait également qu'un patient avec une faible estime de soi avait plus de mal à mobiliser ses ressources (compétences personnelles ou entourage) en cas de difficultés.(17)

La thèse sur les motifs de refus des programmes d'éducation thérapeutique menée par le Docteur Porta Renaud, montrait la bonne adhérence à la prescription médicale pour la participation à ces programmes(18). L'étude menée par Schäfer and al. confirmait ce résultat montrant également la forte influence de la recommandation médicale dans la décision des patients.(19)

La thèse des Docteurs Cohade et Vanhove sur le ressenti de patients diabétiques sur un programme d'éducation thérapeutique confirmait également les besoins des patients de se former, et de s'autonomiser. L'étude mettait aussi en avant la place de l'entourage, et certains patients appréciaient que les conjoints participent au programme et s'investissent dans leur prise en charge. Le partage d'expérience et l'entraide sont également des points que les patients appréciaient dans ces programmes.

On retrouvait également l'importance de l'affect envers le médecin traitant, un patient avouant participer au programme d'ETP pour faire plaisir à son généraliste. (15)

L'étude internationale DAWN2 soulevait entre autres l'importance de soins centrés sur la personne pour ainsi apporter un soutien dans l'autogestion. Elle montre que prodiguer des soins de qualité ne se limite pas au suivi clinique et paraclinique habituel mais qu'ils doivent se pencher sur des problèmes plus larges tels que l'autogestion, la responsabilisation, les craintes, la qualité de vie.(20)

Discussion des résultats

1. Définition de la médecine générale par la WONCA

Avant de discuter les résultats, rappelons-nous de la définition qu'a adopté la WONCA Europe en 2002 de la médecine générale, ainsi que les caractéristiques et les compétences nécessaires pour la pratique de cette discipline.

Les médecins généralistes sont chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Voilà les caractéristiques de la médecine générale :

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

Ces onze caractéristiques qui définissent la médecine générale peuvent être regroupées en six compétences fondamentales :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
 2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
 3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
 4. L'approche globale (h,i)
 5. L'orientation communautaire (j)
 6. L'adoption d'un modèle holistique (k)
- (21)

2. Vers une autonomisation

La majorité des patients ont besoin de plus d'informations sur leur maladie, et nombreux sont les domaines concernés, aussi bien le fonctionnement physiopathologique, que les complications, le régime, les traitements ... Ils souhaitent s'impliquer dans leur prise en charge, ce qui semble cohérent étant données les conséquences de la maladie sur leur vie quotidienne. Les médecins peuvent agir en soutien dans l'autogestion des patients. En délivrant des informations concrètes, dans un vocabulaire adapté et en utilisant des supports

si nécessaire, ils peuvent donner le relais aux patients qui gagnent en autonomie et se sentent ainsi responsabilisés.

Une meilleure connaissance de la maladie les aide à se connaître en tant que malade, et leur permet de mener une vie normale, alliant hygiène de vie, plaisir, divertissements ... sans être dépendant du savoir médical.

Si les patients ont beaucoup d'attentes envers leur généraliste, celui-ci ne peut pas pour autant se substituer à eux dans leur quotidien. Ils doivent accompagner les patients dans une prise de conscience de leur responsabilité dans l'équilibre du diabète.

Internet a simplifié l'accès à l'information, mais les patients ont besoin de sources fiables. L'utilisation des applications smartphone pourrait être une piste pour leur accompagnement. Il pourrait y avoir des newsletters sur les actualités liées au diabète, des idées de recettes régulièrement renouvelées, des rappels sur les bases nutritionnelles, ou sur les signes devant faire consulter. Il pourrait également servir pour aider à la pratique du sport. Facile d'utilisation et à tout instant consultable, il pourrait être un support de choix. Cependant, nombreux sont les patients qui ont verbalisé le souhait de contact et de lien humain.

3. Vers un réseau de soins et d'accompagnement coordonné par le généraliste

Si les patients doivent être capables de s'autogérer, ils ne veulent pas être sans filet pour autant et la présence de professionnels de santé à leur côtés les sécurise. Les patients apprécient d'avoir un médecin traitant, un médecin de famille, qui les connaisse personnellement et dans leur environnement, vers qui ils peuvent facilement se tourner. Ils apprécient d'être suivis par la même personne, qui devient un repère.

La relation de confiance entre les généralistes et leurs patients donne un poids à leurs recommandations qu'ils suivront plus volontiers.

Aussi, aucun patient n'a jamais reproché à son médecin de l'adresser à un spécialiste. Au contraire ! Les patients comprennent très bien qu'un généraliste ne puisse pas tout maîtriser. Il est même plutôt rassurant qu'il connaisse ses limites. Ce qui pourrait être vu comme une faiblesse est finalement une force !

Savoir le généraliste épaulé par ses confrères du cabinet, des spécialistes, des nutritionnistes, des infirmiers ... est sécurisant. Il doit pouvoir mobiliser son réseau en cas d'impasse.

La difficulté que pourrait rencontrer le généraliste dans cette tâche, selon les régions, serait l'installation de spécialistes ou l'existence de structures relais. Le lien entre les généralistes et les structures hospitalières n'est pas non plus toujours très fluide.

Le cabinet médical en lui-même peut être un repère pour le patient. Si certains patients sont réfractaires à de nouvelles démarches éducatives ou thérapeutiques, le fait que celles-ci se déroulent dans un lieu qu'ils connaissent déjà peut lever un verrou.

Une patiente parlait de petites annonces mises au cabinet par exemple pour former des groupes de randonnée. Cela permettait aux personnes seules, d'une même zone géographique, et atteintes d'une pathologie ne leur permettant pas de se joindre à des groupes « standards », de se retrouver et de s'entraider. Cette approche est intéressante.

La réorganisation des soins autour du patient est une préoccupation du Ministère des Solidarité et de la Santé, qui promeut les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Leurs missions prioritaires sont la facilitation de l'accès aux soins, l'organisation du parcours de soins avec une meilleure coordination entre les professionnels (généralistes, spécialistes, services hospitaliers) et la prévention. En effet, cela améliorerait grandement la coordination pluri-professionnelle, et cela permettrait d'étoffer les réseaux des différents praticiens pour une meilleure offre de soin adaptée aux besoins. Même si l'objectif dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 » n'est pas atteint, on compte 123 CPTS en France en 2021. Ceci est dans l'intérêt des patients évidemment mais également dans celui des médecins, notamment les plus jeunes qui sont partisans de ce mode de fonctionnement.(22)

4. Vers une prise en charge centrée sur le malade

« Il y a un diabète pour chaque diabétique » disait un des patients interrogés. Cette phrase illustre bien la nécessité d'une prise en charge personnalisée, centrée sur le patient. Du polymorphisme de la maladie, découle des problématiques et des obstacles différents d'un patient à l'autre. Ceci est évidemment accentué par les différences sociales, familiales, professionnelles, culturelles ... Sans oublier l'évolution personnelle des individus dans leur vie

et de celle de la maladie elle-même. Autant de paramètres qui rendent la prise en charge des patients complexe et passionnante. Il n'y a pas de prise en charge standardisée, mais des besoins qui évoluent. Le médecin doit se modeler à son patient, élargir le champ des problématiques abordées en consultations afin de discerner les besoins spécifiques des patients, en tenant compte de la temporalité. Le généraliste doit faire preuve de flexibilité, de délicatesse et de créativité pour optimiser les soins. Il doit s'efforcer de laisser la parole au patient pour comprendre où il en est et quelles sont ses attentes actuelles.

Ceci demande une remise en question régulière.

Le lien tissé au fil des consultations avec le patient, dans la bienveillance, permet au médecin de le connaître personnellement, et cette relation nous ramène au concept d'histoire partagée. Cette histoire commune donne au médecin une place privilégiée, car elle peut faciliter le dialogue et la confiance. Cependant, une proximité avec une part trop importante d'affect pourrait altérer l'objectivité, ou influencer une décision médicale.(23)

Il faut parfois prendre un peu plus de temps alors que la salle d'attente déborde et que les agendas sont bien remplis. C'est certainement le point le plus bloquant pour les médecins, toutes spécialités confondues. Mais finalement, les patients ont surtout besoin de sentir que le médecin est disponible pendant la consultation, sans pour autant en allonger la durée. C'est en partie lié à son attitude, sa gestuelle, ou même l'ordre sur le bureau ! Sans parler des consultations hachées par les appels téléphoniques...

Si l'utilisation des logiciels informatiques a considérablement facilité le travail des médecins (tenue des dossiers médicaux, historique, résultats biologiques en ligne, correspondances médicales, base de données diverses...), il faut veiller à ce que l'écran ne soit pas une barrière entre le médecin et son patient. Plus que la délivrance d'une simple ordonnance, les patients attendent du rendez-vous un échange avec leur généraliste ; ceci est particulièrement valable pour les patients atteints de diabète.

Le Centre Européen d'Étude du diabète (CEED) tente de développer une solution de télémédecine intelligente, pour une nouvelle organisation globale des soins. Cet outil numérique permettrait de collecter à distance les données des patients grâce aux dispositifs

médicaux connectés (lecteurs glycémiques, pompes à insuline, stylos injecteurs), les données seraient analysées puis partagées avec les professionnels de santé autorisés. Une équipe d'infirmiers spécialisés conseillerait le médecin dans le suivi du patient. Cette nouvelle organisation des soins semble prometteuse, mais comment ne pas redouter l'impact que cela aura sur la relation médecin malade. La prise en charge des patients diabétiques ne se limite pas à un équilibre glycémique mais à une prise en charge globale en tenant compte du risque psychosocial. Ce dispositif ne risquerait-il pas d'aller à l'encontre de ce principe ? De plus, ce genre d'outil implique une réponse « instantanée » ; qu'advient-il alors de la responsabilité du généraliste ? Devra-t-il être disponible à toute heure ? Il est légitime de s'en inquiéter. (24)

5. Vers un bien-être psychique et physique

L'annonce d'un diabète peut être un choc et un bouleversement dans la vie des patients. Il va nécessiter des changements indispensables de leur mode de vie qu'ils n'arrivent pas toujours à mettre en place ou à tenir sur la durée. Amélioration du comportement alimentaire, hygiène de vie, pratique d'exercice physique, oui, mais surtout une conservation de la qualité de vie ! Si le diabète peut être décrit comme un fardeau par les patients, ces derniers aspirent à un bien-être physique et psychique, qui serait presque considéré comme étant la base du traitement. Quand pour certains l'entourage s'investit dans la prise en charge du diabète et est un soutien, il semble que d'autres souffrent de solitude.

Le généraliste a un rôle à jouer dans ce domaine. Il ne doit pas sous-estimer le soutien moral qu'il pourrait apporter à ses patients avec des paroles valorisantes, des encouragements, un regard bienveillant, une attitude d'écoute, et un peu de temps.

Il relève du rôle du généraliste d'aider le patient à mobiliser ses ressources. L'entourage en est une. Investir et responsabiliser le conjoint lors des consultations peut être bénéfique notamment pour l'équilibre alimentaire ou la pratique du sport. Ainsi soutenu, le patient se sent moins seul et plus fort.

Certains patients expriment le besoin ou le plaisir qu'ils ont à parler du diabète. Le partage d'expérience peut aider et rassurer ! Il peut avoir lieu avec des personnes de l'entourage

également atteintes, ou au cours des sessions d'éducation thérapeutique. Il faut encourager dans ce sens ; le soin par son semblable est un concept qui peut être intéressant.

« *L'exemple n'est pas le meilleur moyen de convaincre, c'est le seul* » disait Gandhi. Nos conseils auront d'autant plus de valeur si le patient nous voit les appliquer (consommation tabagique, éthylique, pratique du sport, ponctualité ...). On gagne en crédibilité à être des exemples.

Il est peut-être superficiel de le souligner ici, mais l'image que renvoie le médecin à sa patientèle est importante, il doit en être conscient et la soigner.

6. Horizon sur les pratiques européennes et canadiennes

Le Centre de Recherche Public de la Santé au Luxembourg a étudié les différents programmes de lutte contre le diabète mis en place en Europe afin d'établir son propre plan de lutte et d'améliorer sa prise en charge.

Aux Pays-Bas, par exemple, l'accent est mis sur la prévention avec la promotion d'un mode de vie sain et l'éducation du patient. Aussi, les besoins psychologiques sont une priorité. Les compagnies d'assurance ont également amélioré le remboursement des bandelettes afin de permettre une meilleure autonomie des patients. Une recommandation des bonnes pratiques a été également rédigée.

En ce qui concerne le Royaume-Uni, la prise en charge du risque psychosocial est prioritaire avec le dépistage systématique de signes de dépression. Un autre des points forts du programme réside dans le dépistage des rétinopathies diabétiques avec la mise en place d'un réseau des personnes atteintes.

En Autriche, un travail est fait pour la rédaction de directives sur le diabète sucré destiné aux médecins. Les soins, les points épidémiologiques, la prévention et la recherche pour le diabète de type 2, les jeunes et les obèses sont une priorité.

En Allemagne, où la prévalence de diabète est la plus élevée en Europe, leurs programmes incluent la prise en charge psychosociale des patients.

En Belgique, un passeport diabétique a été créé pour améliorer la communication entre les différents dispensateurs de soins. Il donne accès à une heure de consultation diététique par an et à deux consultations podologiques pour les patients à risques. Il reconnaît aussi

l'importance de la place des infirmiers et investit leur formation dans le suivi et les soins de plaies. En 2009, le projet de « trajet de soins » a été lancé. Il prévoit un engagement contractuel de trois ans entre le patient, le généraliste, l'infirmier et le spécialiste, pour une valorisation de la collaboration. Le patient bénéficie d'un ticket modérateur et de lancettes gratuites. Il utilise des outils informatiques pour faciliter la gestion et la communication. Les données médicales pourront à terme, être utilisées pour de futures études.

La stratégie canadienne s'applique à prendre en compte les différences culturelles entre la population canadienne et les peuples des premières nations dans les réserves. Ils souhaitent diminuer de moitié le nombre de diabétiques non diagnostiqués, ainsi que le nombre de passage aux urgences des diabétiques. Des efforts pour l'autonomisation des patients sont aussi fournis, notamment pour les traitements.

Ces diverses pratiques et organisations ont en commun plusieurs objectifs : l'amélioration de la qualité de vie des patients, leur autonomisation, et leur éducation.

La principale difficulté rencontrée est l'approche interdisciplinaire.

On reproche à chaque pratique un délai trop long entre leur mise en place et les résultats escomptés.(25)

La prise en charge systématisée du risque psychosocial est une pratique très courante chez nos voisins européens, et c'est une piste intéressante pour l'amélioration de nos soins en France. Bien évidemment, l'aspect psychosocial est de plus en plus considéré dans nos pratiques, et le rendre systématique avec des questions simples en consultation est selon moi indispensable.

Le modèle belge avec son passeport diabétique et la prise en charge nutritionnelle annuelle diffère du plan français. C'est une pratique dont nous pourrions nous inspirer.

Il est également important de réévaluer l'impact de nos interventions (efficience et efficacité) avec le patient (état de santé, qualité de vie, coût).

CONCLUSION

Le diabète de type 2 est une maladie métabolique chronique dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Il constitue un risque cardio-vasculaire majeur et augmente la morbi-mortalité. Cette maladie insidieuse envahit le quotidien des patients.

Si les traitements médicamenteux sont importants, les modifications des habitudes pour une meilleure hygiène de vie le sont encore plus. L'investissement personnel du malade est indispensable.

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge de cette maladie ainsi que dans l'accompagnement des malades sur du long terme.

Ce travail s'est attaché à rechercher les attentes et les besoins des patients diabétiques de type 2 au cabinet de médecine générale.

Les patients ont des besoins :

- Ils ont besoin d'être formés et de connaître leur maladie.
- Ils tendent à être autonomes.
- Ils aspirent à mener une vie normale, comme tout le monde, sans se sentir malade.
- Ils ont besoin de ressentir un bien-être psychique et physique.
- Ils veulent se sentir entourés.

Ils attendent de leur généraliste :

- Des compétences techniques habituelles dans la gestion de la maladie.
- La coordination et la mobilisation de son réseau.
- La délivrance d'informations sur leur maladie.
- La disponibilité et l'accessibilité, notamment avec la prise de rendez-vous rapide.
- Un lien humain.
- Des compétences humaines d'écoute et d'empathie.
- La globalité de la prise en charge grâce à un suivi sur le long terme.
- L'exemplarité

Le suivi des patients diabétiques de type 2 mobilise les différentes compétences du généraliste :

- Praticien de soin primaire, il est principalement sollicité par les diabétiques de type 2 du fait de son accessibilité.
- Il intervient aux différents stades de la maladie. Il diagnostique le plus souvent la maladie et peut instaurer un traitement dont il assure le suivi.
- Membre d'un réseau de soin, il coordonne les différents intervenants, et oriente ses patients vers les professionnels spécialisés en cas de déséquilibre ou de complication qu'il ne puisse pas gérer.
- Le suivi sur le long terme lui permet de connaître personnellement son patient ainsi que son environnement. Du fait de cette histoire commune, il délivre des soins centrés sur la personne et tient compte des contraintes professionnelles, familiales et culturelles.
- Il a une approche globale et traite diverses pathologies.
- La relation de confiance créée au fil des années et l'histoire commune donnent du poids à son intervention.

Les patients sont particulièrement attachés aux qualités humaines des généralistes et au lien qu'ils peuvent créer avec lui.

Cette étude permet de prendre conscience qu'il est indispensable de créer une relation de confiance médecin-malade. Le généraliste doit régulièrement réévaluer et questionner ses patients sur les besoins, et de rechercher de manière plus systématique les signes de dépression.

À l'heure de l'essor de la télémédecine, on peut se demander quelle sera sa place dans l'accompagnement des patients diabétiques de type 2, et ce que ça impliquera pour la médecine générale. Si ce nouveau mode de suivi connecté semble *à priori* prometteur, on peut s'inquiéter de l'impact qu'il aura sur la relation médecin-malade dont la nécessité n'est plus à démontrer. Il serait intéressant d'étudier le point de vue des patients et des médecins sur ces nouveaux dispositifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. LA PANDEMIE DU DIABETE | HTL STREFA [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://htl-strefa.com/marche/la-pandemie-du-diabete/>
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. mai 2004;27(5):1047-53.
3. Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(27-28):586-91. http://invs.sante-publiquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017_27-28_3.html [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-du-diabete-traite-pharmacologiquement-tous-types-en-france-en-2015.-disparites-territoriales-et-socio-economiques.-numero-thematique
4. Les chiffres du diabète [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
5. Coulomb A, Halimi S, Chaskilevitch I. Le Livre Blanc du Diabète. Sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXI^e siècle. Société Francophone Du Diabète; 2011.
6. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, novembre 2010, 12 p. [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-et-incidence-du-diabete-et-mortalitee-liee-au-diabete-en-france.-synthese-epidemiologique
7. Organisation mondiale de la santé 2016. Rapport mondial sur le diabète.
8. Fournier et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *BEH thématique*. nov 2009;42(43):460-4.
9. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally M-L, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes Metab*. 1 juin 2009;35(3):220-7.
10. Avril C. Regards de la Fédération française des diabétiques sur l'étude DAWN2TM. Contributions à la réflexion sur le parcours de santé des personnes atteintes de diabète: DAWN2TM study: Point of view from the French Federation of Diabetics. Contributions to the debate on the health course for people with diabetes. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2013;7:S46-9.
11. Rapport OMS-Europe, Therapeutic Patient Education-Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, 1996 (traduction française 1998).

12. Tourette-Turgis C. Les résultats de l'étude DAWN2 TM: intégrer les dimensions psychosociales dans les programmes d'éducation thérapeutiques. Médecine des maladies Métaboliques. déc 2013;Vol. 7-Suppl.:S25-9.
13. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique du patient* et diabète de type 2: que nous apprend la littérature? Médecine Mal Métaboliques. 2007;1(3):80-7.
14. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. juin 2012;35(6):1364-79.
15. Cohade H, Vanhove L. Ressenti des patients diabétiques type 2 ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Grenoble; 2017.
16. SANDRIN, BERTHON b. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de la commission maladies chroniques. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique, 2009.
17. Malnou J. L'abord de l'estime de soi lors de l'accompagnement thérapeutique des patients diabétiques de type 2: étude qualitative auprès des patients. :222.
18. Porta-Renaud J. Quels sont les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 de participer à un programme d'éducation thérapeutique à l'espace santé du pays de Remiremont. Faculté de médecine de Nancy; 2015.
19. Identifying Groups of Nonparticipants in Type 2 Diabetes Mellitus Education [Internet]. AJMC. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ajmc.com/view/identifying-groups-of-nonparticipants-in-type-2-diabetes-mellitus-education>
20. Fédération Internationale du Diabète. DAWN2 : Evaluer le soutien psycho-social des personnes atteintes de diabète et de leur famille. Diabetes Voice,2013, 58 (numéro spécial 2), 63p.
21. WONCA, World Family Doctors. Caring for people -Société Européenne de médecine générale - médecine de famille La définition européenne de la médecine générale médecine de famille par la W.O.N.C.A. Europe, 2002. <http://www.woncaeurope.org/>.
22. DICOM_Anne.G, DICOM_Anne.G. Mieux orienter les patients selon leurs besoins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/mieux-orienter-les-patients-selon-leurs-besoins>
23. Bousquet M-A. SPECIALITE : MEDECINE GENERALE. :199.
24. La télémédecine, socle d'une nouvelle organisation des soins des patients diabétiques [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/plasidia-plateforme-de-telemedecine-personnalisee-diabetiques/>

25. Fond-Harmant L. Programmes de lutte contre le diabète dans six pays européens et au Canada. Sante Publique (Bucur). 17 mai 2011;Vol. 23(1):41-53.

ANNEXE

Annexe 1 : Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter ? (Âge – date de découverte – autres antécédents)
 - Âge
 - Situation familiale
 - Depuis quand êtes-vous diabétique, racontez-moi comment ça s'est passé.
 - Avez-vous d'autres maladies et d'autres traitements ?

- 2) Qu'est-ce que le diabète pour vous ? (Pensez-vous au diabète tous les jours, recherches ? Actualité ?)
 - Qu'est-ce que ça implique dans votre vie ?

- 3) Finalement avec qui en parlez-vous / qui vous aide ?
 - Quelle est la place de votre médecin traitant ?
 - Est-ce que vous voyez un diabétologue ?
 - Faites-vous partie d'un groupe de diabétique ?
 - Faites-vous partie d'un groupe de parole ?
 - Connaissez-vous SOPHIA ?
 - Votre entourage est-il un soutien ? Comment ?

- 4) Avez-vous déjà éprouvé des difficultés pour votre diabète ? En avez-vous actuellement ? (Quels sont les domaines ? Difficultés à prendre les traitements ? bilan des complications ? Régime ? Qui vous aide quand vous êtes en difficulté ?)

- 5) De quoi auriez-vous besoin ? De quels outils auriez-vous besoin pour vous aider ? (Quelle interface ? Quelle fréquence ? Quelle place voulez-vous donner à votre médecin) ? Qu'est-ce qu'il vous manque ?

- 6) Qui ? (Quelle place donner au médecin traitant)
Pouvez-vous facilement vous tourner vers votre médecin traitant ?
Qu'attendez-vous de lui ?

Annexe 2 : Critère COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel	La thésarde Hélène Bérard
2. Titres académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur	Interne de médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Stage d'interne en libéral ou remplaçante en libéral
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur	Aucune expérience en recherche. Seule la formation délivrée par la faculté de médecine de Marseille
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude	Non,
7. Connaissances des participants au sujet de la thèse	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ils connaissaient le thème de la recherche
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/ animateur	Interne en médecine générale ou remplaçante

Domaine 2 : Conception de l'étude- Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude	Analyse du dialogue et codage des données par l'enquêtrice et une tierce personne puis mise en commun pour triangulation
Sélection des participants		
10. Taille de l'échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants	Recrutement de patient grâce à des médecins, laboratoire d'analyse et IDE puis par bouche à oreille
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun
Contexte		
14. Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile des patients ou par téléphone
15. Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes autres que les participants et les chercheurs	Oui parfois le conjoint du patient, ou un enfant
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon	Tous les patients diabétiques de type 2
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable	Le guide d'entretien a été réalisé et testé par la chercheuse et a évolué au cours des entretiens
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois	Non
19. Enregistrement audio/ visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio par dictaphone
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et ou après les entretiens individuels	Oui des annotations sur le ton de voix ou les attitudes des patients ont été rajoutées
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien en groupe focalisé (focus group)	Entre 21 minutes et 1heure 20.
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Avec la directrice de thèse
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ ou correction	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	La thésarde et une tierce personne
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils ont été déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Le codage a été réalisé sous Microsoft Office Word
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?	Certains souhaitaient recevoir les résultats
Rédaction		
29. Citation présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/ résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? par exemple numéro de participant ?	Oui, chaque participant a été identifié du patient 1 au patient 10
30. Cohérence des données et résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires	Oui, les cas particuliers ont été évoqués dans les résultats quand ils concernaient des thèmes importants.

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."

RÉSUMÉ

Introduction : Le diabète de type 2 est une maladie métabolique chronique dont la prévalence ne cesse d'augmenter dans le monde et en France du fait du vieillissement de la population, de l'obésité et de la sédentarité. Facteur de risque cardio vasculaire, il augmente la morbi mortalité et est un problème de santé publique majeur.

Si globalement la prise en charge s'améliore avec un meilleur contrôle glycémique, 41% des patients en France ont une hémoglobine glyquée supérieure à 7%.

Le médecin généraliste, praticien de soin primaire, a une place particulière dans la prise en charge du diabète de type 2.

Mais quelles sont les besoins et les attentes des patients concernant leur accompagnement au cabinet de médecine générale ?

Matériel et méthode : Étude qualitative, entretiens semi-dirigés auprès de patients diabétiques de type 2 dans la région toulonnaise

Résultats : Dix entretiens ont été réalisés.

Les principales attentes des patients envers leur médecin généraliste étaient :

- Une prise en charge classique de leur pathologie
- La transmission de connaissances sur le diabète
- Une disponibilité et d'être accessible
- De l'écoute et de l'empathie
- Une flexibilité
- Une prise en charge personnalisée tenant compte de leur environnement.
- Une relation de confiance
- La sensation d'être soutenu et entouré

L'effet recherché dans ces consultations est :

- Atteindre une stabilité dans la maladie
- Gagner en autonomie
- Mener une vie normale
- Rester actif
- Ressentir un bien être psychique et physique.

Conclusion : Il semble important de prendre conscience du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du diabète de type 2, non seulement d'un point de vue purement technique mais particulièrement pour l'accompagnement. Les patients cherchent en particulier à avoir des liens et à être soutenus au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Mots clés : Diabète type 2, médecine générale, accompagnement, attentes et besoins, éducation thérapeutique.