



HAL
open science

Évaluation d'une fiche de suivi annuel pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2 dans un cabinet de médecine générale

Stéphanie Barra

► **To cite this version:**

Stéphanie Barra. Évaluation d'une fiche de suivi annuel pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2 dans un cabinet de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03279317

HAL Id: dumas-03279317

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279317v1>

Submitted on 6 Jul 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.

**Evaluation d'une fiche de suivi annuel pour la prise en charge des patients
diabétiques de type 2 dans un cabinet de médecine générale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 29 Juin 2021

Par Madame Stéphanie BARRA

Née le 31 mars 1991 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René	Président
Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) BELIARD Sophie	Assesseur
Madame le Docteur CIBOIS-HONNORAT Isabelle	Directeur

**Evaluation d'une fiche de suivi annuel pour la prise en charge des patients
diabétiques de type 2 dans un cabinet de médecine générale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 29 Juin 2021

Par Madame Stéphanie BARRA

Née le 31 mars 1991 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René	Président
Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) BELIARD Sophie	Assesseur
Madame le Docteur CIBOIS-HONNORAT Isabelle	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	:	
➤ à la recherche	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Justin MICHEL
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ aux masters	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON 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 GRILLON

ÉCOLE DE MÉDECINE

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 MÉDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE MAÏËUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur :
Monsieur Philippe SAUVAGEON

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	CHOUX Maurice
	ALDIGHERI René		CIANFARANI François
	ALESSANDRINI Pierre		CLAVERIE Jean-Michel
	ALLIEZ Bernard		CLEMENT Robert
	AQUARON Robert		COMBALBERT André
	ARGEME Maxime		CONTE-DEVOLX Bernard
	ASSADOURIAN Robert		CORRIOL Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		COULANGE Christian
	AUTILLO-TOUATI Amapola		CURVALE Georges
	AZORIN Jean-Michel		DALMAS Henri
	BAILLE Yves		DE MICO Philippe
	BARDOT André		DELARQUE Alain
	BARDOT Jacques		DELPERO Jean-Robert
	BERARD Pierre		DESSEIN Alain
	BERGOIN Maurice		DEVIN Robert
	BERLAND Yvon		DEVRED Philippe
	BERNARD Dominique		DJIANE Pierre
	BERNARD Jean-Louis		DONNET Vincent
	BERNARD Jean-Paul		DUCASSOU Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		DUFOUR Michel
	BERTRAND Edmond		DUMON Henri
	BISSET Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	BLANC Bernard		FARNARIER Georges
	BLANC Jean-Louis		FAUGERE Gérard
	BOLLINI Gérard		FAVRE Roger
	BONGRAND Pierre		FIECHI Marius
	BONNEAU Henri		FIGARELLA Jacques
	BONNOIT Jean		FONTES Michel
	BORY Michel		FRANCES Yves
	BOTTA Alain		FRANCOIS Georges
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		FUENTES Pierre
	BOURGEADE Augustin		GABRIEL Bernard
	BOUVENOT Gilles		GALINIER Louis
	BOUYALA Jean-Marie		GALLAIS Hervé
	BREMOND Georges		GAMERRE Marc
	BRICOT René		GARCIN Michel
	BRUNET Christian		GARNIER Jean-Marc
	BUREAU Henri		GAUTHIER André
	CAMBOULIVES Jean		GERARD Raymond
	CANNONI Maurice		GEROLAMI-SANTANDREA André
	CARTOUZOU Guy		GIUDICELLI Sébastien
	CAU Pierre		GOUDARD Alain
	CHABOT Jean-Michel		GOUIN François
	CHAMLIAN Albert		GRILLO Jean-Marie
	CHARPIN Denis		GRIMAUD Jean-Charles
	CHARREL Michel		GRISOLI François
	CHAUVEL Patrick		GROULIER Pierre

MM	HADIDA/SAYAG Jacqueline	MM	PIANA Lucien
	HASSOUN Jacques		PICAUD Robert
	HEIM Marc		PIGNOL Fernand
	HOUEL Jean		POGGI Louis
	HUGUET Jean-François		POITOUT Dominique
	JAMMES Yves		PONCET Michel
	JAQUET Philippe		POUGET Jean
	JOUVE Paulette		PRIVAT Yvan
	JUHAN Claude		QUILICHINI Francis
	JUIN Pierre		RANQUE Jacques
	KAPHAN Gérard		RANQUE Philippe
	KASBARIAN Michel		RICHAUD Christian
	KLEISBAUER Jean-Pierre		RIDINGS Bernard
	LACHARD Jean		ROCHAT Hervé
	LAFFARGUE Pierre		ROHNER Jean-Jacques
	LAUGIER René		ROUX Hubert
	LE TREUT Yves		ROUX Michel
	LEVY Samuel		RUFO Marcel
	LOUCHET Edmond		SAHEL José
	LOUIS René		SALAMON Georges
	LUCIANI Jean-Marie		SALDUCCI Jacques
	MAGALON Guy		SAMBUC Roland
	MAGNAN Jacques		SAN MARCO Jean-Louis
	MALLAN- MANCINI Josette		SANKALE Marc
	MALMEJAC Claude		SARACCO Jacques
	MARANINCHI Dominique		SARLES - PHILIP Nicole
	MARTIN Claude		SARLES Jacques
	MATTEI Jean François		SASTRE Bernard
	MERCIER Claude		SCHIANO Alain
	METGE Paul		SCOTTO Jean-Claude
	MICHOTEY Georges		SEBAHOUN Gérard
	MIRANDA François		SEITZ Jean-François
	MONFORT Gérard		SERMENT Gérard
	MONGES André		SOULAYROL René
	MONGIN Maurice		STAHL André
	MUNDLER Olivier		TAMALET Jacques
	NAZARIAN Serge		TARANGER-CHARPIN Colette
	NICOLI René		THIRION Xavier
	NOIRCLERC Michel		THOMASSIN Jean-Marc
	OLMER Michel		UNAL Daniel
	OREHEK Jean		VAGUE Philippe
	PAPY Jean-Jacques		VAGUE/JUHAN Irène
	PAULIN Raymond		VANUXEM Paul
	PELOUX Yves		VERVLOET Daniel
	PENAUD Antony		VIALETES Bernard
	PENE Pierre		WEILLER Pierre-Jean

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

EMERITAT

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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

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

EMERITAT

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. RADDI (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 UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Julie
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONELLO Laurent
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONNET Jean-Louis
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
D'ERCOLE Claude
DISDIER Patrick
D'JOURNO Xavier
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS 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
LA SCOLA Bernard
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LAUNAY Franck
LAVIEILLE 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
NGUYEN Karine
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD Rachel

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

REYNAUD/GAUBERT Martine	THOMAS Pascal
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck
RICHERI Raphaëlle	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick
ROCHWERGER Richard	TSIMARATOS Michel
ROLL Patrice	TURRINI Olivier
ROSSI Dominique	VALERO René
ROSSI Pascal	VAROQUAUX Arthur Damien
ROUDIER Jean	VELLY Lionel
SALAS Sébastien	VEY Norbert
SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
SCAVARDA Didier	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
SCHLEINITZ Nicolas	VIENS Patrice
SEBAG Frédéric	VILLANI Patrick
SIELEZNEFF Igor	VITON Jean-Michel
SIMON Nicolas	VITTON Véronique
STEIN Andréas	VIVIER Eric
TAIEB David	XERRI Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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 UNIVERSITÉS ASSOCIÉ à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS MÉDECINE GÉNÉRALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

GUIDA Pierre

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

(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 CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE à MI-TEMPS

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

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS et MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS mono-appartenants**

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

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

ADALIAN Pascal (PR)

PIRRO Nicolas (PU-PH)

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

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

BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIÈNE HOSPITALIÈRE 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)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

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*

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)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE ; MÉDECINE 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 MOLÉCULAIRE 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*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 5405
--

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

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

GUEDJ Eric (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)

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

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

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication 4604

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

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

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

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 ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5202

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

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

CANCÉROLOGIE ; RADIOTHÉRAPIE 4702 CANCÉROLOGIE RADIOTHÉRAPIE

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

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STO

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

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)

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MÉDECINE 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)

GASTROENTÉROLOGIE ; HÉPATOLOGIE ; 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 CYTOGÉNÉTIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VÉNÉRÉOLOGIE 5003**GÉNÉTIQUE 4704**

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

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)

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ; GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 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, DIABÈTE ET MALADIES
MÉTABOLIQUES ; GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 5404**

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

**ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTE ET
PREVENTION 4601**

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

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

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

HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

MÉDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MÉDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

**MÉDECINE INTERNE ; GÉRIATRIE 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)

MÉDECINE GÉNÉRALE 5303**NÉPHROLOGIE 5203**

GENTILE Gaëtan (PR) Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
retraite au 25/09/2020

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps

ROBERT Thomas (MCU-PH)

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)THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
(nomination au 1/10/2019)**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

NUTRITION 4404

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)

PÉDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PÉDIATRIE 5401ANDRE 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)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-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**BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE 4302BARTOLI 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)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)**THÉRAPEUTIQUE ; MÉDECINE D'URGENCE ; ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur René VALÉRO, Président du jury,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence du jury de cette thèse et je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre disponibilité durant la préparation de ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Jacques AMBROSI

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sophie BELIARD,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant de le juger. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Isabelle CIBOIS-HONNORAT, Directrice de thèse

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée tout au long de la réalisation de ce travail. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et enseigné depuis notre tout premier stage ensemble. Merci aussi pour ton immense patience, ta disponibilité incommensurable et tous tes précieux conseils. Tu peux être assurée de ma sincère reconnaissance.

Merci à l'ensemble du corps professoral et à tous les médecins que j'ai rencontrés durant mes études. Vos précieux conseils m'ont été et me seront toujours utiles.

Remerciements :

A mes parents,

Je vous remercie d'avoir toujours été présents et de m'avoir autant soutenue dès ma première année en me faisant réciter mes cours pendant des heures (jusqu'à même parfois me parler en dormant !). Merci à toi Maman de m'avoir tant et tant relue, tu es une Maman extraordinaire aux multiples casquettes.

Merci à toi mon Papa pour toute ton aide à la mise en page de ce travail, de répondre présent à toutes mes sollicitations et surtout de toujours trouver une solution quoi qu'il arrive.

Je n'en serais pas là sans vous, cette réussite est aussi la vôtre. Je vous aime.

A mes frères,

Merci à mon grand frère de m'avoir également accompagnée dans mes études et d'avoir participé à tous mes chantiers ! Merci aussi de t'improviser caviste et de nous faire déguster régulièrement de nouveaux crus !

Merci à mon petit frère, toujours là pour nous aider mais surtout pour faire la fête !

A Tatie Mimi, merci pour toutes tes délicates attentions notamment envers notre petit bout, je vous souhaite beaucoup de bonheur.

A mes grands-parents,

Vous qui n'êtes plus là pour voir ce travail, j'espère que vous en serez fiers de là-haut.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines,

Merci pour tous nos moments partagés en famille ; Vive le groupe qui mousse qui nous permet de partager notre quotidien malgré la distance !

A mon Parrain,

Une dédicace particulière. Tu es toujours là pour nous aider et nous rendre service dans n'importe quelle situation. Merci pour tout ce que tu fais pour nous et merci pour toutes tes attentions depuis toujours.

A ma Belle Maman,

Vous êtes aussi rapide que l'éclair pour réaliser tout ce que nous vous demandons et, malgré votre grande organisation, vous arrivez toujours à vous adapter à toutes nos improvisations de dernière minute !

Merci de vous occuper si bien de nous. Nous vous aimons.

A ma belle-famille,

Merci à ma belle-sœur Adeline et mon beau-frère Anthony pour nos moments passés ensemble. Petite dédicace à mon Jojo, collectionneur de paresseux !

Une dédicace à JB qui fera un super Parrain (on a hâte !) !

A mes amis,

Justine, Léa et Thomas, mes 3 acolytes durant toutes nos années de médecine ! Je suis heureuse de vous avoir rencontrés dès notre 2^{ème} année. Mes études n'auraient pas été les mêmes sans vous ! Souvenirs de toutes nos soirées au Hush, nos voyages et surtout de toutes nos embuscades ! J'espère que l'on aura l'occasion de se voir un peu plus souvent, avec vos moitiés, en espérant que Justine trouve rapidement la sienne.

Cécilia, Sonia, Charline et vos moitiés, mes supers copains ! Je suis heureuse de vous avoir rencontrés et de partager d'agréables moments tous réunis.

Merci à vous tous de m'avoir encouragée et aidée en répondant à mes si nombreuses sollicitations durant la préparation de ma thèse !

Anaïs, Oriane et Guigui, Pénélope, merci pour tous ces bons moments partagés ensemble. Petite dédicace spéciale à Léna que j'espère avoir l'occasion de voir plus souvent dorénavant.

Isa et Didier qui répondent toujours présents, merci pour votre implication dans nos projets !

A tous ceux qui m'ont toujours encouragée.

A mon mari et à mon fils,

Merci mon Amour de m'avoir soutenue depuis l'externat et encore aujourd'hui, merci surtout pour ta patience, ton soutien et ton amour. Merci pour tout ce que tu fais pour notre famille, tu es un cuisinier et un pâtissier hors pair. Je t'aime.

Tom, mon petit chaton, notre petit magicien comme dit Pépou, tu as su m'encourager simplement par ton énergie et tes sourires. Tu es mon petit amour que j'aime de tout mon cœur.

Table des matières

GLOSSAIRE	4
I. INTRODUCTION.....	5
II. POINT SUR L'ÉLABORATION DE LA FICHE DE SUIVI.....	7
II.1. Les recommandations communes pour le suivi des patients diabétiques de type 2.	7
II.1.1. L'interrogatoire (11).....	7
II.1.2. L'examen clinique	8
II.2. Les recommandations selon chaque société	8
II.2.1. Les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie(12)(13).....	8
II.2.1.1. Bilan biologique	8
II.2.1.2. Les examens paracliniques et consultations spécialisées.....	9
II.2.2. Les recommandations de la Fédération Française de Cardiologie	9
II.2.2.1. Bilan biologique	9
II.2.2.2. Consultations spécialisées.....	10
II.2.3. Les recommandations du Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie (15)	10
II.2.3.1. Bilan biologique	10
II.2.3.2. Consultations spécialisées.....	10
II.2.4. Les recommandations du Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (16).....	11
II.2.4.1. Les examens biologiques	11
II.2.4.2. Les examens spécialisés	11
II.2.5. Les recommandations du Collège des Enseignants de Neurologie	11
II.2.5.1. Examens biologiques.....	12
II.2.5.2. Examens spécialisés	12
II.2.6. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (18)	12
II.2.6.1. Examens biologiques.....	12
II.2.6.2. Examens paracliniques et consultations spécialisées.....	13
II.2.6.3. Le suivi paramédical selon la HAS en 2014.....	14
II.3. Synthèse des recommandations actuelles.....	14
II.4. Élaboration de la fiche de suivi annuel.....	16
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	17
III.1. Méthode choisie	17
III.1.1. Type d'étude	17
III.1.2. Population de l'étude.....	17
III.1.2.1. Critères d'inclusion :	17
III.1.2.2. Critères d'exclusion :	17
III.1.3. Situation géographique du cabinet de médecine générale étudié.....	18
III.1.4. Objectifs de l'étude.....	18
III.1.4.1. Objectif principal	18

III.1.4.2.	Objectifs secondaires	18
III.1.5.	Fiche de suivi annuel utilisée.....	18
III.1.6.	Questionnaire.....	21
III.1.7.	Modalités de remplissage du questionnaire.....	21
III.1.8.	Recueil des réponses au questionnaire.....	22
III.1.9.	Méthode d'analyse	22
IV.	RÉSULTATS	23
IV.1.	Participation à l'étude	23
IV.2.	Caractéristique de la population étudiée	24
IV.2.1.	Le genre.....	24
IV.2.2.	L'âge	24
IV.2.3.	Temps d'évolution du diabète.....	25
IV.2.4.	Temps d'utilisation de la fiche	25
IV.2.5.	Régularité d'apport de la fiche.....	26
IV.2.5.1.	Chez le médecin généraliste.....	26
IV.2.5.2.	Chez les spécialistes	26
IV.3.	Opinion des patients sur l'utilité de la fiche concernant l'aide à la régularité des consultations, examens paracliniques et examens spécialisés	27
IV.3.1.	La fiche aide-t-elle à être plus régulier dans la réalisation des consultations de médecine générale.....	27
IV.3.2.	La fiche aide-t-elle à être plus régulier dans la réalisation des.....	28
IV.3.4.	Utilisation de la fiche pour se souvenir des dates de RDV nécessaires.....	29
IV.4.	Opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour le suivi de l'examen physique.....	30
IV.4.1.	Le poids	30
IV.4.2.	La pression artérielle	30
IV.5.	Opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour le suivi de l'HbA1c et des changements de traitement.....	31
IV.5.1.	Évolution de l'hémoglobine glyquée	31
IV.5.2.	Changement de traitement.....	31
IV.6.	Opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour le rappel de la vaccination antigrippale.....	32
IV.7.	Opinion des patients quant à l'utilité globale de cette fiche	32
IV.7.1.	Utilité de la fiche pour le patient lui-même.....	32
IV.7.2.	Utilité de la fiche pour le médecin généraliste	33
IV.7.3.	Utilité de la fiche pour les spécialistes	33
IV.7.4.	Utilité générale de la fiche	34
IV.7.5.	Implication et meilleure compréhension du patient dans la prise en	34
IV.7.6.	Meilleur suivi par son médecin traitant grâce à la fiche de suivi.....	35
IV.8.	Synthèse globale des résultats	36
V.	COMMENTAIRES LIBRES	37
VI.	DISCUSSION	39
VI.1.	Analyse statistique des résultats.....	39

VI.1.1.	Analyses en sous-groupes	39
VI.1.2.	Les caractéristiques de la population étudiée	39
VI.1.3.	Objectif principal : Utilité quant à la régularité des consultations, examens paracliniques et examens spécialisés.....	41
VI.1.4.	Objectifs secondaires :	43
VI.1.4.1.	Les autres utilisations de la fiche	43
VI.1.4.1.1.	L'utilité de la fiche quant au suivi des paramètres physiques :.....	43
VI.1.4.1.3.	L'utilité de la fiche quant au rappel de la vaccination antigrippale.....	45
VI.1.4.2.	La synthèse quant à l'utilité globale de cette fiche.	45
VI.2.	Utilisation d'une fiche en médecine (37)	47
VI.3.	Mise à jour de la fiche	47
VI.4.	Perspective d'étude	48
VI.5.	Les points forts de l'étude	48
VI.5.1.	Taux de participation	48
VI.5.2.	Effectif.....	48
VI.6.	Les faiblesses de l'étude.....	49
VI.6.1.	Critères d'anonymisation des réponses.....	49
VI.6.2.	Étude monocentrique : Biases de recrutement.....	49
VII.	CONCLUSION.....	50
VIII.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
IX.	ANNEXES	55
IX.1.	ANNEXE N°1 : Lignes directrices STROBE (19).....	55
IX.2.	ANNEXE N°2: Questionnaire:.....	57
	Évaluation de la satisfaction des patients quant à l'utilisation d'une fiche de suivi annuel de diabète de type 2.	57
IX.3.	ANNEXES 3 à 8: Analyses en sous-groupe : p-values (Test exact de Fisher)	59
X.	RÉSUMÉ.....	67
XI.	ABSTRACT	68
	SERMENT D'HIPPOCRATE	69

GLOSSAIRE

AIT	= Accident ischémique transitoire
Alb/creat	= Rapport albuminurie/creatininurie
AP	= Activités physiques
BAL	= Bilan d'anomalie lipidique
BU	= Bandelette urinaire
Créat	= Créatininémie
DFG	= Débit de filtration glomérulaire
ECBU	= Examen cytobactériologique des Urines
ECG	= Electrocardiogramme
EHPAD	= Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgés Dépendantes
EchoD	= Échographie Doppler
ENMG	= Electroneuromyogramme
FO	= Fond d'œil
ETP	= Éducation thérapeutique du Patient
FRCV	= Facteurs de risque cardiovasculaires
GAJ	= Glycémie à jeun
HAS	= Haute autorité de santé
HbA1c	= Hémoglobine glyquée
IC	= Intervalle de confiance
IMC	= Indice de Masse Corporelle
IPS	= Indice de pression systolique
MG	= Médecin généraliste
MI	= Membres inférieurs
Monofil	= Test au monofilament
MT	= Médecin traitant
NP	= Neuropathie périphérique
OH	= Alcool
RD	= Rétinopathie diabétique
SAC	= Syndrome coronarien aigu
TSAo	= Troncs supra aortiques

I. INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une pathologie avec forte incidence. En France, en 2019, plus de 3.5 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour leur diabète, soit 5.2% de la population (1). Le diabète de type 2 représente 80 à 90% des diabètes.

C'est une pathologie avec fort retentissement économique du fait notamment de la gravité des complications : dans le monde, 5 millions de personnes sont mortes en 2015 du fait des suites du diabète(2).

Parmi ses complications, en France, le diabète représente la première cause de cécité de l'adulte avant 65 ans ; c'est également la première cause d'insuffisance rénale terminale. Le diabète est un des plus grands facteurs de risque cardiovasculaire(3)(4).

En France, 87% des patients diabétiques sont pris en charge et suivis par leur médecin généraliste (5). Les consultations de réévaluation de traitement des patients diabétiques représentent de multiples consultations quotidiennes pour les médecins généralistes (6). Ce sont des consultations complexes car le médecin doit à chaque consultation faire le point de la prise en charge :

- Le médecin doit interroger son patient sur son état de santé, sur l'observance et la tolérance du traitement ; il doit également faire un point notamment sur la consommation de tabac et d'alcool ainsi que sur le régime alimentaire et la pratique d'une activité physique.
- Ensuite vient le temps de l'examen clinique avec surveillance du poids, examen cardiovasculaire, neurologique, podologique etc.
- Enfin, le médecin doit rechercher les derniers bilans sanguins, les derniers comptes-rendus d'examens paracliniques et de consultations spécialisées.

Ce sont donc des consultations longues (6) lorsque l'on veut tout surveiller, vérifier et prendre en charge son patient dans son intégralité.

Ainsi, afin de faciliter la prise en charge des patients diabétiques de type 2 qui nécessitent un suivi régulier, un cabinet de médecine générale dans le Vaucluse propose depuis plus de dix ans à tous les patients une fiche de suivi annuel. Cette fiche de suivi du diabète se présente sous forme de tableau annuel et résume les événements importants de la prise en charge selon le profil du patient : examen clinique, évolution du poids, évolution de l'hémoglobine glyquée et résultats biologiques importants, résultats des consultations spécialisées, résultats des examens paracliniques, vaccination antigrippale.

Lors de chaque consultation dédiée à la prise en charge du diabète, elle est remplie par le médecin et remise au patient en fin de consultation.

Le but initial de cette fiche était de servir de pense-bête au médecin, afin d'assurer un suivi plus régulier : la vision globale annuelle sur une seule page semble plus simple et plus rapide que la recherche dans un logiciel médical.

Lors de nos recherches, nous n'avons pas retrouvé de fiche regroupant tous les éléments importants du suivi médical du diabète de type 2. Il existe des feuillets d'information ciblés sur certaines complications comme notamment la rétinopathie diabétique mais aussi de nombreuses fiches conseils pour les patients (conseils sur l'alimentation, sur l'activité physique...) mais aucune fiche de suivi médical général.

Nous avons toutefois retrouvé une étude de 2018 (7) montrant que les interventions avec dépliants remis lors des soins de santé primaires aux patients diabétiques de type 2 peuvent apporter des bénéfices en ce qui concerne l'adhésion à la thérapeutique.

Une étude plus ancienne (8) avait également démontré que des notices récapitulatives d'informations données en consultation amélioraient la connaissance des patients sur les pathologies.

Nous savons par ailleurs que l'approche centrée sur le patient améliore l'état de santé (9). Elle consiste précisément à s'appuyer sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps (10).

La fiche de suivi utilisée dans le cabinet de médecine étudié permet justement d'effectuer une prise en charge centrée sur le patient en s'adaptant à son profil. Du fait que les patients remportent leur fiche au domicile, elle pourrait également leur être utile dans leur suivi.

Notre hypothèse est que cette fiche aide le patient à être régulier dans son suivi en étant plus attentif car il se retrouve au centre de sa prise en charge. La fiche représenterait donc un outil d'éducation thérapeutique du patient.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'opinion des patients sur l'utilité et l'utilisation de la fiche concernant l'aide apportée à la régularité du suivi (consultations de médecine générale, consultations spécialisées, et examens paracliniques).

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- d'identifier d'autres utilisations :

- suivi de l'évolution des paramètres physiques (poids et pression artérielle)
- suivi de l'évolution de l'hémoglobine glyquée et aide à la compréhension des changements de traitement
- incitation à la vaccination antigrippale

- d'évaluer la satisfaction globale des patients sur l'utilité de cette fiche : utilité générale, meilleure compréhension de la prise en charge, meilleure implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie.

II. POINT SUR L'ÉLABORATION DE LA FICHE DE SUIVI

La fiche se base sur les différentes recommandations établies par :

- La Société Française d'Endocrinologie
- La Fédération Française de Cardiologie
- Le Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie
- Le Collège des Ophtalmologistes Universitaire de France
- Le Collège des Enseignants de Neurologie
- La Haute Autorité de Santé

Pour chaque société/collège, seules les dernières études sont prises en compte.

D'après les recommandations de toutes les sociétés, les consultations de suivi doivent être régulières, au moins tous les 3 à 4 mois.

Notre mémoire de DESC portait notamment sur la synthèse de ces recommandations, en voici ici le résumé :

II.1. Les recommandations communes pour le suivi des patients diabétiques de type 2.

II.1.1. L'interrogatoire (11)

Tableau n°1 : Interrogatoire recommandé pour le suivi d'un patient diabétique de type 2

	M3	M6	M9	M12
Symptômes	X	X	X	X
Observance	X	X	X	X
Tolérance des traitements	X	X	X	X
Tabagisme	X	X	X	X
Consommation d'alcool	X	X	X	X
Activités physiques				X
Alimentation / Diététique				X
Suivi des autosurveillances glycémiques (si indiquées)	X	X	X	X

II.1.2. L'examen clinique

Tableau n°2 : Examen clinique dans le suivi des patients diabétiques de type 2

	M3	M6	M9	M12
Tension artérielle	X	X	X	X
Poids avec IMC	X	X	X	X
Auscultation des vaisseaux				X
Prise des pouls				X
Mesure IPS				X
Examen neurologique				X
Examen des pieds				X

II.2. Les recommandations selon chaque société

Les examens paracliniques nécessaires étant différents selon les différentes sociétés, nous allons détailler les recommandations éditées société par société.

II.2.1. Les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie(12)(13)

Les dernières recommandations de la Société Française d'Endocrinologie datent de 2015.

II.2.1.1. Bilan biologique

Tableau n°3 : Recommandations de la Société Française d'Endocrinologie : examens biologiques

	M3	M6	M9	M12
HbA1c	X	X	X	X
Bilan lipidique				X
Protéinurie et hématurie sur BU +/- microalbuminurie				X
ECBU				X

II.2.1.2. Les examens paracliniques et consultations spécialisées

Tableau n°4 : Recommandations de la Société Française d'Endocrinologie : Consultations spécialisées et examens paracliniques

	Commentaires	M3	M6	M9	M12	M24
ECG de repos					X	
EchoD TSAo	À faire si symptomatologie AIT ou tous les 2 à 3 ans si FRCV					
EchoD MI	Tous les 5 ans ou moins si FRCV ; systématique si anomalie clinique					
Consultation ophtalmologique						X
Consultation néphrologique	Seulement si protéinurie brutale ou DFG < 45mL/min/1,73m ²					
Consultation dentaire			X		X	

II.2.2. Les recommandations de la Fédération Française de Cardiologie

Les recommandations de la Société Française de Cardiologie concernant la prise en charge du patient diabétique par le cardiologue datent de mars 2004. Depuis, les recommandations concernant le suivi n'ont pas changé, mais de nouvelles recommandations sur la prise en charge thérapeutique ont été validées en 2019 (14).

II.2.2.1. Bilan biologique

Tableau n°5 : Recommandations de la Société Française de Cardiologie : examens biologiques

	M3	M6	M9	M12
HbA1c	X	X	X	X
Glycémie à jeun	Si traitement par sulfamides hypoglycémisants ou insuline ; en cas d'infection ou traitement diabétogène			
Bilan lipidique				X
Créatininémie + clairance				X
Protéinurie et Hématurie sur BU*				X

*Si protéinurie négative, recherche de microalbuminurie.

II.2.2.2. Consultations spécialisées

Tableau n°6 : Recommandations de la Société Française de Cardiologie : consultations spécialisées et examens paracliniques

		M3	M6	M9	M12
Endocrinologue	Éventuellement pour la stratégie thérapeutique initiale, puis en fonction des besoins.				
Ophtalmologue					X
ECG de repos (par MG ou cardiologue)					X
Néphrologue	Si clairance < 30ml/min selon la formule de Cockcroft				
EchoD MI	Si anomalie clinique, fréquence de répétition non déterminée				
EchoD TSAo	Si anomalie clinique, anomalie du Doppler des MI, atteinte coronaire				

II.2.3. Les recommandations du Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie (15)

Le Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie n'émet de recommandations que sur le suivi et la prise en charge de la néphropathie diabétique. Ces recommandations datent de 2016.

II.2.3.1. Bilan biologique

Tableau n°7 : Recommandations du Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie :

	M12
Créatininémie + DFG selon MDRD ou CKD-EPI	X
Microalbuminurie avec rapport albuminurie/créatininurie sur échantillon	X

II.2.3.2. Consultations spécialisées

L'intervention du néphrologue doit être précoce, dès le stade de microalbuminurie et/ou de diminution de la fonction rénale. Le néphrologue est impliqué notamment dans :

- Le choix, l'ajustement et la surveillance du traitement antihypertenseur et néphroprotecteur ;

- L'élimination d'une autre néphropathie ;
- Le traitement symptomatique de l'insuffisance rénale chronique ;
- La recherche d'une sténose de l'artère rénale avec éventuelle indication de revascularisation ;
- La préparation au traitement de suppléance (hémodialyse, dialyse péritonéale, transplantation rénale ou rein-pancréas).

II.2.4. Les recommandations du Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (16)

Les recommandations du Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France ne concernent que la prise en charge des complications ophtalmologiques liées au diabète. Elles datent de 2017.

II.2.4.1. Les examens biologiques

Aucune recommandation particulière n'est spécifiée.

II.2.4.2. Les examens spécialisés

Une consultation ophtalmologique est indispensable pour le dépistage de la rétinopathie diabétique au moment de la découverte du diabète.

Lors de la consultation, la photographie du fond d'œil est à la base de la classification de la rétinopathie diabétique.

Concernant le suivi, le rythme de surveillance ophtalmologique est annuel en l'absence de complication ; en présence d'une rétinopathie diabétique il est adapté en fonction de la sévérité.

Les autres examens ophtalmologiques (angiographie à la fluorescéine, tomographie en cohérence optique...) sont indiqués seulement en cas d'anomalie après avis spécialisé.

II.2.5. Les recommandations du Collège des Enseignants de Neurologie

Il n'y a pas de recommandations spécifiques sur la prise en charge de la neuropathie périphérique diabétique d'après le Collège des Enseignants de Neurologie.

Cependant, la HAS a publié en mai 2007, à la demande de l'Association des Neurologues Libéraux de Langue Française (ANLLF), certaines recommandations (17).

II.2.5.1. Examens biologiques

Chez un patient diabétique, bien équilibré avec une neuropathie diabétique évidente, il n'est pas recommandé de réaliser de bilan sanguin particulier. Un bilan sanguin complémentaire est utile en cas de forme atypique.

II.2.5.2. Examens spécialisés

L'électroneuromyogramme n'est pas recommandé en première intention.

Il est recommandé de demander un avis neurologique et un électroneuromyogramme pour toute suspicion de neuropathie lorsque le diagnostic ne peut être affirmé cliniquement.

Il est également recommandé que le médecin de premier recours (médecin traitant, endocrinologue) adresse le patient pour avis neurologique dès lors qu'il existe un doute diagnostique ou une forme atypique de neuropathie.

II.2.6. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (18)

Les dernières recommandations de la HAS datent de Mars 2014 et ont été actualisées en 2019.

II.2.6.1. Examens biologiques

Tableau n°8 : Recommandations HAS : examens biologiques

	M3	M6	M9	M12	M24
HbA1c 2 à 4 fois par an	(X)	X	(X)	X	
Bilan lipidique				X	
Créatininémie avec DFG				X	
Albuminurie (albuminurie/créatininurie)				X	

II.2.6.2. Examens paracliniques et consultations spécialisées

Tableau n°9 : Recommandations HAS : examens paracliniques et consultations spécialisées

	M3	M6	M9	M12	M24
ECG de repos (par MG ou cardiologue)				X	
Consultation ophtalmologique*				X	X
Consultation dentaire				X	
Cardiologue	<ul style="list-style-type: none"> - si nécessité de test fonctionnel - si maladie coronarienne, dernier bilan > 2 ans - si symptômes, signes cliniques ou anomalies ECG. - en l'absence de symptômes mais risque cardio vasculaire élevé. - Exercice physique d'intensité élevé et HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie, après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire. 				
Néphrologue, neurologue, autre spécialiste d'organe	Aide au diagnostic (bilan complémentaire), au traitement et au suivi des complications				
Professionnel qualifié en gériatrie	Évaluation gériatrique standardisée si repérage de la fragilité positif				
Endocrinologue	<ul style="list-style-type: none"> - si difficulté pour fixer ou atteindre l'objectif - si difficulté ou échec pour poursuivre le plan diététique après 6 à 12 mois - si découverte d'une complication - après complication aiguë (SCA) - en cas de réadaptation cardiaque si glycémie non contrôlée - si obésité morbide et indication de chirurgie bariatrique - en cas d'insulinothérapie envisagée - en cas de diabète gestationnel 				

* Tous les ans si patient sous insuline ou mal équilibré ; tous les 2 ans si atteinte de l'objectif glycémique et contrôle de la pression artérielle.

La HAS indique qu'en fonction des comorbidités du patient, il peut être utile d'avoir recours aux professions paramédicales : pédicure/podologue, diététicien, équipes sociales, kinésithérapeute...

II.2.6.3. Le suivi paramédical selon la HAS en 2014

Tableau n°10 : Suivi paramédical selon la HAS

Diététicien	Difficultés pour atteindre les objectifs nutritionnels + participation à l'éducation thérapeutique
Professionnel APS/kinésithérapeute	Difficultés pour atteindre les objectifs nutritionnels + Participation ETP (kinésithérapeute)
Pédicure-Podologue	Suivi grade 2 et grade 3 ; participation ETP
Psychologue, psychiatre	Approche psychologique

II.3. Synthèse des recommandations actuelles

Au total, les recommandations des différentes sociétés savantes ne sont pas antinomiques, au contraire elles se complètent.

Voici un tableau résumant les différentes recommandations actuelles concernant la prise en charge du diabète de type 2 :

Tableau n°11 : synthèse des recommandations actuelles globales :

			M3	M6	M9	M12
Interrogatoire	Symptômes		X	X	X	X
	Observance		X	X	X	X
	Tolérance		X	X	X	X
	Suivi Autosurveillance Glycémique (si nécessaire)		X	X	X	X
Hygiène de vie	Tabac		X	X	X	X
	OH		X	X	X	X
	Activités physiques		X	X	X	X
	Alimentation					X
Examen	TA		X	X	X	X
	Poids avec calcul IMC		X	X	X	X
	IPS					X
	Mesure des pouls périphériques					X
	Examen des pieds			X		X
	Examen neurologique					X
	Test au monofilament					X
Avis spécialisés	Endocrinologue	Éventuellement pour la stratégie thérapeutique initiale, puis en fonction des besoins.				X
	Ophthalmologue					X
	ECG de repos (par MG ou cardiologue)					X
	Néphrologue	Si clairance < 30ml/min selon la formule de Cockcroft				X
	Dentiste			X		X
Examens paracliniques	EchoD MI	Si anomalie clinique, fréquence de répétition non déterminée				X
	EchoD TSAo	Tous les 5 ans ou moins si FRCV				
	Electroneuromyogramme	Seulement si doute étiologique				
Biologie	HbA1c		X	X	X	X
	Glycémie à jeun	Si insuline ou sulfamides hypoglycémiants				
	Créatininémie + DFG selon MDRD ou CKD-EPI					X
	Microalbuminurie avec rapport albuminurie/créatininurie sur échantillon					X
	Bilan d'anomalie lipidique					X
	ECBU					X
Suivi paramédical (si nécessaire)	Podologue	Si neuropathie grade 2 ou 3				
	Diététicien	Si difficulté d'atteinte de l'objectif				
	Psychologue					

II.4. Élaboration de la fiche de suivi annuel

Ainsi, en se basant sur les différentes recommandations des sociétés savantes, une fiche de suivi annuel des patients diabétiques de type 2 a été élaborée il y a une dizaine d'année par le médecin titulaire du cabinet de médecine générale étudié.

Cette fiche se présente sous forme de tableau annuel et s'adapte à chaque profil de patient : le suivi est adapté selon les antécédents, les traitements et la présence ou non des complications chez le patient.

La fiche était initialement utilisée comme pense-bête par le médecin. Celui-ci la remplit lors de chaque consultation dédiée à la prise en charge du diabète puis la remet au patient qui la rapporte lors des consultations suivantes. Du fait que les patients remportent leur fiche au domicile, elle pourrait également leur être utile dans leur suivi ; c'est ce que nous étudierons dans notre étude.

Nous verrons ci-après un exemple de fiche utilisée dans le cabinet de médecine générale étudié.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

III.1. Méthode choisie

III.1.1. Type d'étude

Pour effectuer notre étude, nous avons choisi de réaliser une étude épidémiologique descriptive observationnelle quantitative dans un cabinet de médecine générale dans le Vaucluse utilisant une fiche de suivi annuel pour les patients diabétiques de type 2.

Notre étude a suivi les lignes directrices STROBE (19), grille directrice reconnue au niveau international et mise au point par des épidémiologistes, statisticiens, chercheurs et éditeurs de revue impliqués dans la conduite et la diffusion d'études observationnelles. Elle a pour but de renforcer les études observationnelles en épidémiologie. (**ANNEXE 1**)

Nous avons pris contact avec un membre d'un comité de protection des personnes afin de savoir si une déclaration auprès de l'ANSM était nécessaire. Il nous a été répondu que selon la loi Jarde, l'étude étant une enquête de satisfaction, elle ne rentrait pas dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) et ne nécessitait donc pas d'autorisation particulière car aucune donnée du dossier médical n'était prise en compte. D'autre part, la fiche étant utilisée depuis des années, aucune modification de la prise en charge des patients n'a été effectuée.

III.1.2. Population de l'étude

III.1.2.1. Critères d'inclusion :

Pour réaliser cette enquête, nous avons choisi d'inclure tous les patients diabétiques de type 2 ayant déclaré le médecin titulaire du cabinet de médecine générale étudié comme étant le médecin traitant au 1^{er} septembre 2020.

Aucun critère d'âge n'était retenu pour l'inclusion des patients.

III.1.2.2. Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Les troubles cognitifs rendant impossible un interrogatoire
- L'absence de suivi par le médecin traitant (suivi par le spécialiste uniquement par exemple) ; L'absence de suivi dans le cabinet > 1 an
- Le « prédiabète » soit une seule glycémie à jeun élevée
- L'institutionnalisation en EHPAD

III.1.3. Situation géographique du cabinet de médecine générale étudié

Le cabinet de médecine générale étudié est celui d'un village du Vaucluse qui comprenait, en 2015, 1218 personnes. C'est une commune recensée comme étant peu dense et donc considérée comme de type rural.

III.1.4. Objectifs de l'étude

III.1.4.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'opinion des patients sur l'utilité et l'utilisation de la fiche concernant l'aide apportée à la régularité du suivi (consultations de médecine générale, consultations spécialisées, et examens paracliniques).

III.1.4.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- d'identifier d'autres utilisations :
 - suivi de l'évolution des paramètres physiques (poids et pression artérielle)
 - suivi de l'évolution de l'hémoglobine glyquée et aide à la compréhension des changements de traitement
 - incitation à la vaccination antigrippale

- d'évaluer la satisfaction globale des patients sur l'utilité de cette fiche : utilité générale, meilleure compréhension de la prise en charge, meilleure implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie.

III.1.5. Fiche de suivi annuel utilisée

Depuis plusieurs années, le médecin titulaire du cabinet de médecine étudié a établi une fiche de suivi annuel pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Le but initial de cette fiche était de servir de pense bête au médecin en résumant les points importants du suivi sur une seule page afin d'assurer un suivi plus régulier : la vision globale annuelle semblant plus simple et plus rapide que la recherche dans un logiciel médical.

Cette fiche a été établie en se basant sur les recommandations combinées des différentes sociétés : un tableau a été adapté sur un format papier A4 sous forme de calendrier annuel. Elle est donc remplie par le médecin durant la consultation de suivi du diabète avec réévaluation du traitement, puis elle est remise au patient afin de faciliter son suivi personnalisé.

Cette fiche est systématiquement proposée à tous les patients diabétiques de type 2 suivis dans le cabinet étudié, dès la découverte de la pathologie ou bien dès le début de prise en charge du patient déjà connu comme étant diabétique.

Voici ci-après un exemple de tableau utilisé dans le cabinet de médecine générale étudié pour un patient ayant une découverte de diabète peu déséquilibré, sans autre antécédent qui consulterait pour la première fois en janvier.

Tableau n°12 : Exemple de fiche de suivi annuel utilisée dans le cabinet de médecine étudié

	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc
Consultation MG : Interrogatoire	Tabac OH AP			Tabac OH AP			Tabac OH AP			Tabac OH AP		
Consultation MG : Examen	Poids IMC			Poids IMC			Poids IMC			Poids IMC Monofil IPS Pouls Neuro		
Biologie	HbA1c			HbA1c			HbA1c			HbA1c Créat DFG BAL ECBU Alb/creat		
Examens paracliniques							Doppler TSAo/MI					
Spécialistes				Ophtalmo		Dentiste				Cardio/ECG		Dentiste
Autre											Vaccin grippe	
<u>Remarques</u> <u>particulières :</u> Observance/Tolérance												
<u>Traitement en cours</u>												

III.1.6. Questionnaire

Notre étude s'appuie sur un questionnaire (20) (**ANNEXE 2**).

Nous avons réalisé ce questionnaire en nous basant sur la fiche de suivi annuel. Il a été relu par la Directrice de la thèse et testé sur 5 personnes non issues du milieu médical, ce qui représente un test de 9.6 % par rapport à l'effectif global de patients.

Ce questionnaire se subdivise en 5 thèmes :

- Les caractéristiques du patient lui-même :
 - Age
 - Genre
 - Durée d'évolution du diabète (<1an ; entre 1 et 5 ans ; entre 5 et 10 ans ; > 10 ans)
 - Durée d'utilisation de la fiche (<1an ; entre 1 et 5 ans ; entre 5 et 10 ans ; > 10 ans)
 - Régularité d'apport de la fiche chez le médecin généraliste ou chez les spécialistes (À chaque consultation ; La plupart du temps (ce qui signifiait 1 oubli par an) ; Oublis fréquents (ce qui signifiait au moins 2 oublis par an) ; Jamais)
- L'utilité quant à la régularité des consultations, examens paracliniques et examens spécialisés (oui ou non)
- L'utilité de la fiche quant au suivi de l'examen clinique : poids et pression artérielle (oui ou non)
- L'utilité de la fiche quant au suivi de l'évolution de l'HbA1c et au changement de traitement (oui ou non)
- L'utilité de la fiche quant au rappel de la vaccination antigrippale (oui ou non)
- La synthèse quant à la satisfaction de l'utilisation de cette fiche

Au total le questionnaire comprenait 25 questions fermées et une question ouverte pour laquelle les patients pouvaient faire part de leurs remarques et suggestions vis-à-vis de cette fiche.

III.1.7. Modalités de remplissage du questionnaire

Les patients interrogés ont été contactés de différentes manières :

- Via l'enquêteur en face à face, généralement à la fin d'une consultation dédiée à la réévaluation des traitements en cours.
- Par téléphone par l'enquêteur

Les patients ont été contactés durant le dernier quadrimestre de 2020.

III.1.8. Recueil des réponses au questionnaire

L'enquête de satisfaction et le but de l'étude étaient présentés au patient lors de la consultation ou lors de l'appel téléphonique.

Lors de la présentation du questionnaire et afin de favoriser l'exhaustivité du recueil, l'enquêteur insistait sur l'importance de recueillir l'opinion des patients pour améliorer le suivi de leur pathologie et ainsi améliorer leur prise en charge.

Les questions étaient alors directement posées aux patients ; leur consentement était recueilli à l'oral.

Les patients étaient informés de l'anonymat de leurs réponses : une fois les réponses enregistrées, le nom du patient était immédiatement supprimé.

III.1.9. Méthode d'analyse

Les réponses aux questionnaires étaient directement transcrites sur un tableur Excel (logiciel Microsoft Excel).

Via le tableur il a été possible d'obtenir des statistiques en pourcentage sur chaque question.

L'analyse statistique des résultats a été réalisée avec le site de statistique biostaTGV (21), ainsi qu'avec le logiciel XLSTAT pour l'analyse en sous-groupe afin d'observer s'il y avait des différences notables selon le profil du patient, à savoir son genre, son âge, la durée d'évolution de son diabète et la durée d'utilisation de la fiche.

Les tests utilisés étaient le test du Chi deux et le test exact de Fisher.

Le test de Fisher est une alternative au test de Chi deux lorsque les échantillons sont petits. Il permet de déterminer si les différentes variables quantitatives testées sont indépendantes et est utilisé lorsque les données comprennent des valeurs inférieures à 5.

Le seuil de significativité statistique que nous avons retenu est 5% pour la comparaison concernant le critère de jugement principal. Aucun ajustement du risque alpha en fonction du nombre de comparaison n'a été effectué sur les autres critères et n'auront donc aucune valeur exploratoire.

IV. RÉSULTATS

IV.1. Participation à l'étude

Au total, 63 patients étaient déclarés diabétiques de type 2 et suivis par le médecin titulaire du cabinet.

11 patients ont été exclus :

- 1 patient se trouvait en EHPAD,
- 2 patients présentaient des troubles cognitifs,
- 6 patients étaient considérés comme perdus de vue (ils n'avaient pas consulté dans le cabinet depuis une période supérieure à un an),
- 1 patient était en fait en pré diabète (une seule glycémie à jeun élevée),
- 1 patient était suivi uniquement par le spécialiste.

52 patients ont donc été interrogés.

Tous les patients interrogés ont accepté de répondre à toutes les questions de l'enquête, soit une réponse de 100% aux questionnaires.

Un patient a laissé sa femme répondre à sa place car c'est elle qui organisait son suivi par manque d'implication du patient lui-même.

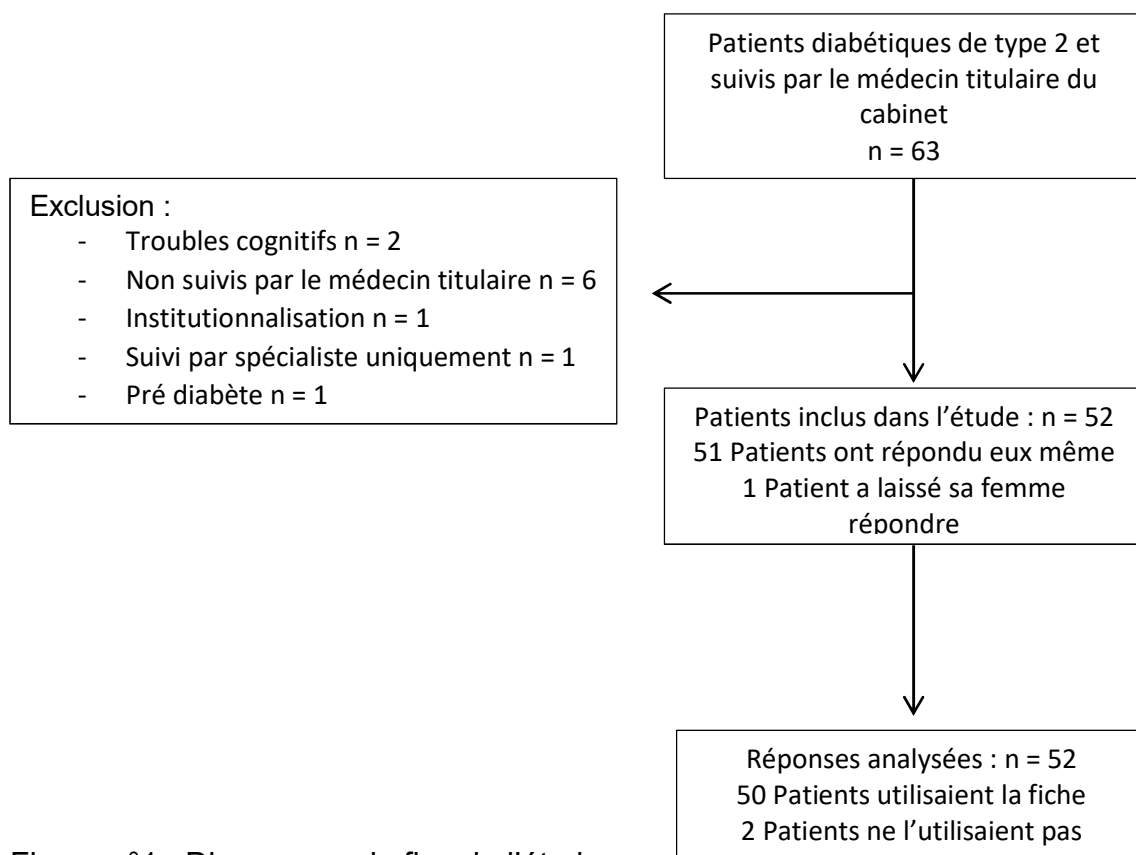


Figure n°1 : Diagramme de flux de l'étude

IV.2. Caractéristiques de la population étudiée

IV.2.1. Le genre

Sur les 52 patients interrogés, 16 étaient des femmes et 36 étaient des hommes, ce qui représentait 31% de femmes et 69% d'hommes.

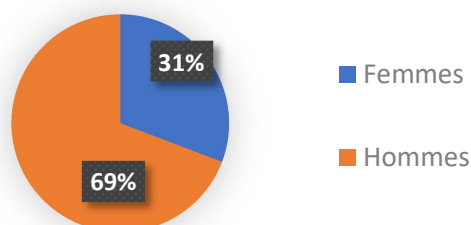


Figure n°2 : répartition des patients selon leur genre

IV.2.2. L'âge

Tous les patients diabétiques de type 2 ont été inclus sans aucune restriction sur l'âge.

Les résultats ont retrouvé :

- 2 patients de moins de 40 ans
- 2 patients entre 41 et 50 ans
- 6 patients entre 51 et 60 ans
- 15 patients entre 61 et 70 ans
- 20 patients entre 71 et 80 ans
- 7 patients de plus de 81 ans

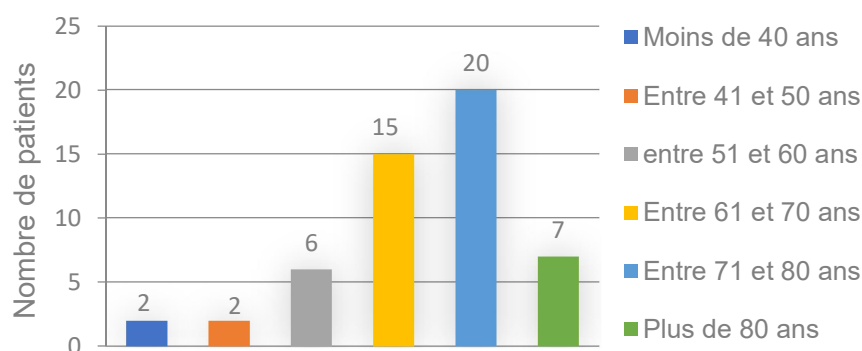


Figure n°3 : Répartition des patients selon leur âge

La moyenne d'âge était de 69.8 ans ; une majorité de patients avait entre 61 et 80 ans. (Soit 67% des patients)

Le patient le plus jeune était âgé de 33 ans, le plus âgé de 97 ans.

IV.2.3. Temps d'évolution du diabète

Concernant le temps d'évolution du diabète :

- 3 patients présentaient un diabète évoluant depuis moins d'un an
- 15 patients présentaient un diabète évoluant entre 1 et 5 ans
- 10 patients présentaient un diabète évoluant entre 5 et 10 ans
- 24 patients présentaient un diabète évoluant depuis plus de 10 ans

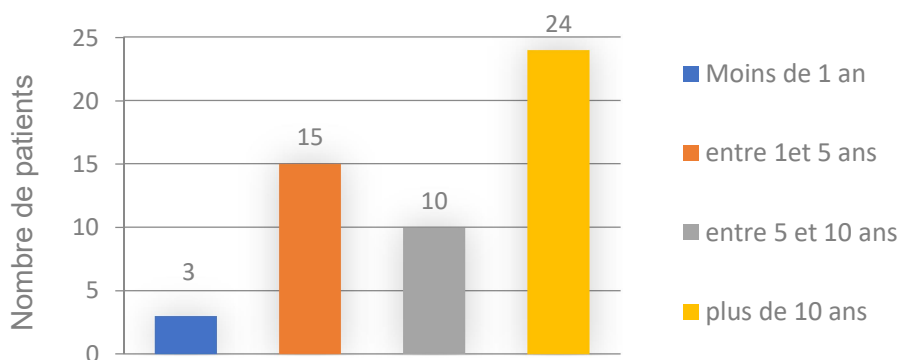


Figure n°4 : Répartition des patients selon le temps d'évolution de leur diabète

IV.2.4. Temps d'utilisation de la fiche

Les résultats ont retrouvé que :

- 19 patients utilisaient la fiche depuis moins d'un an
- 24 patients utilisaient la fiche entre 1 et 5 ans
- 5 patients utilisaient la fiche depuis entre 5 et 10 ans
- 2 patients utilisaient la fiche depuis plus de 10 ans
- 2 patients n'utilisaient pas la fiche

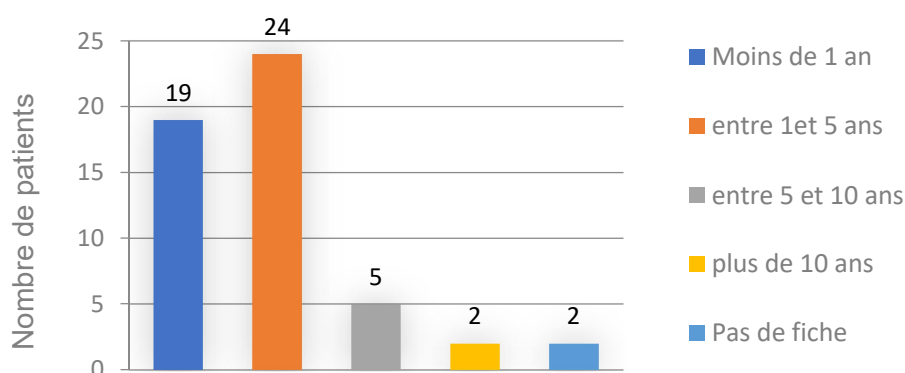


Figure n°5 : Répartition des patients selon le temps d'utilisation de la fiche de suivi

La majorité des patients, soit 96% d'entre eux, utilisait la fiche ; seuls 2 patients ne l'utilisaient pas du tout

IV.2.5. Régularité d'apport de la fiche

IV.2.5.1. Chez le médecin généraliste

Nous avons demandé aux patients s'ils pensaient à apporter leur fiche chez le médecin généraliste lors des consultations de suivi de leur diabète (donc 3 à 4 fois par an).

Les résultats ont retrouvé que :

- 37 patients apportaient systématiquement leur fiche
- 9 patients apportaient leur fiche la plupart du temps
- 3 patients oubliaient régulièrement leur fiche
- 3 patients n'apportaient jamais leur fiche

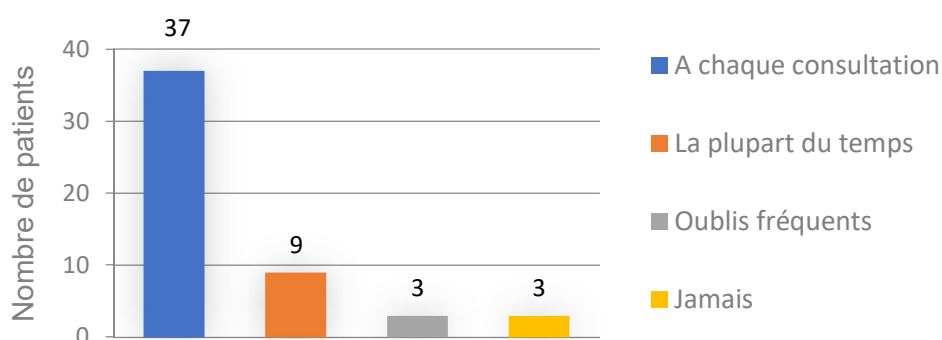


Figure n°6 : Répartition des patients selon la régularité d'apport de leur fiche chez leur MT

La majorité des patients (environ 88% des patients) a déclaré apporter la fiche à presque toutes les consultations.

IV.2.5.2. Chez les spécialistes

Nous avons ensuite demandé aux patients s'ils apportaient leur fiche aux spécialistes.

Les résultats ont retrouvé que :

- 7 patients apportaient systématiquement la fiche
- 5 patients apportaient leur fiche la plupart du temps
- 2 patients oubliaient régulièrement leur fiche
- 38 patients n'apportaient jamais leur fiche

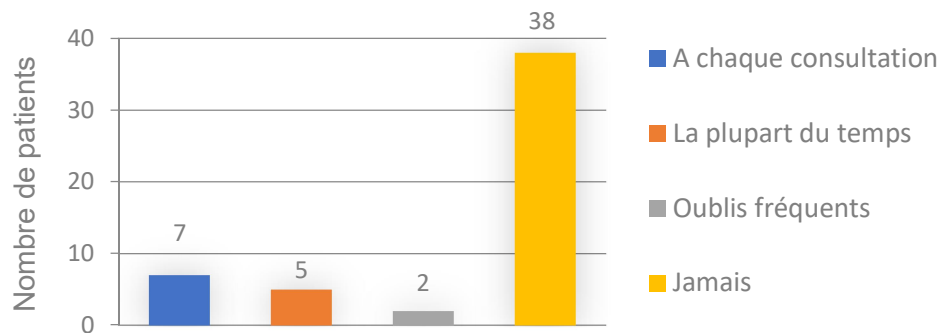


Figure n°7 : Répartition des patients selon la régularité d'apport de leur fiche chez leurs spécialistes

La majorité des patients n'apportaient pas leur fiche aux spécialistes ; 73% ne l'apportaient jamais et 4% l'oubliaient régulièrement.

Nous avons alors demandé aux patients qui apportaient leur fiche aux spécialistes, si ceux-ci regardaient les fiches :

- 1 patient a dit que tous les spécialistes regardaient la fiche
- 4 patients ont dit que seulement quelques-uns des spécialistes la regardaient
- 8 ont dit qu'aucun spécialiste ne la regardait.

IV.3. Opinion des patients sur l'utilité de la fiche concernant l'aide à la régularité des consultations, examens paracliniques et examens spécialisés

IV.3.1. La fiche aide-t-elle à être plus régulier dans la réalisation des consultations de médecine générale ?

26 patients ont répondu que la fiche les aidait à être plus réguliers afin de programmer les dates de consultations de médecine générale ;

26 patients ont répondu que la fiche ne les aidait pas.

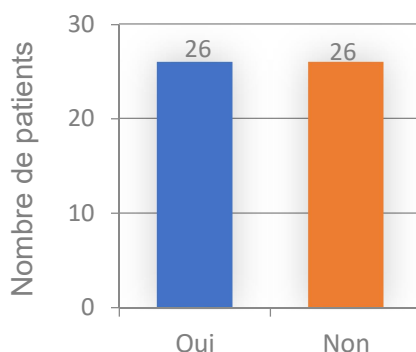


Figure n°8 : Aide apportée par la fiche pour la régularité des consultations de MG

IV.3.2. La fiche aide-t-elle à être plus régulier dans la réalisation des consultations spécialisées ?

36 patients ont répondu que la fiche les aidait à être plus réguliers dans la programmation des dates de consultations de médecine spécialisée ;
16 patients ont répondu que la fiche ne les aidait pas.

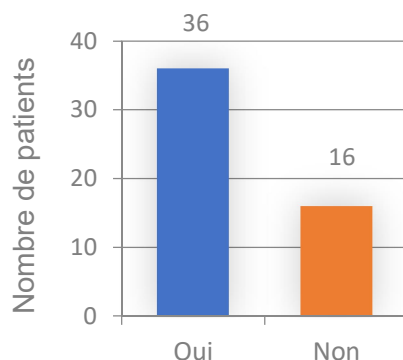


Figure n°9 : Aide apportée par la fiche pour la régularité des consultations spécialisées

IV.3.3. La fiche aide-t-elle à être plus régulier dans la réalisation des examens complémentaires ?

33 patients ont répondu que la fiche les aidait à être plus réguliers dans la programmation des dates des examens complémentaires ;
19 patients ont répondu que la fiche ne les aidait pas.

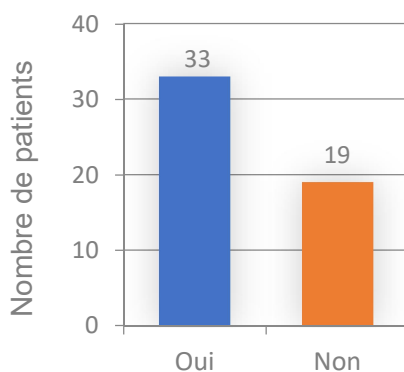


Figure n°10 : Aide apportée par la fiche pour la régularité des examens complémentaires

IV.3.4. Utilisation de la fiche pour se souvenir des dates de RDV nécessaires

25 patients ont répondu qu'ils regardaient la fiche à leur domicile afin de se souvenir à quelle date il était nécessaire de prendre des RDV (de médecine générale, de consultations spécialisées ou d'examens complémentaires) ;
27 patients ont répondu qu'ils ne la regardaient pas.

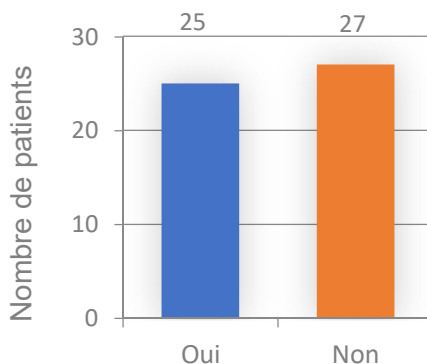


Figure n°10 : Utilisation de la fiche à domicile pour la prise de RDV

Parmi les patients qui regardaient leur fiche pour se souvenir des dates :
8 patients ont déclaré regarder leur fiche une fois par mois ;
17 patients la regardaient une fois par trimestre.

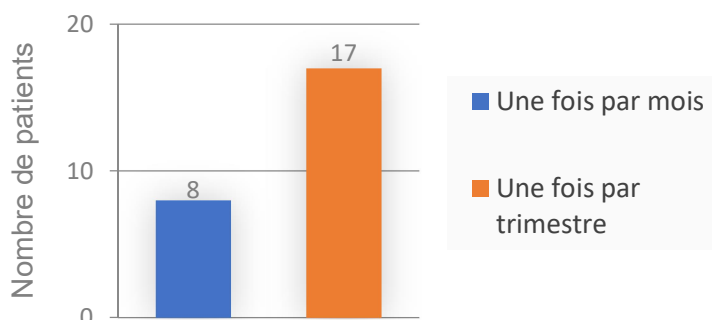


Figure n°11 : Fréquence d'utilisation de la fiche à domicile pour la prise de RDV

IV.4. Opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour le suivi de l'examen physique

IV.4.1. Le poids

18 patients ont répondu qu'ils utilisaient la fiche pour suivre l'évolution de leur poids relevé lors des consultations de médecine générale par le médecin généraliste; 34 patients ont répondu qu'ils ne l'utilisaient pas.

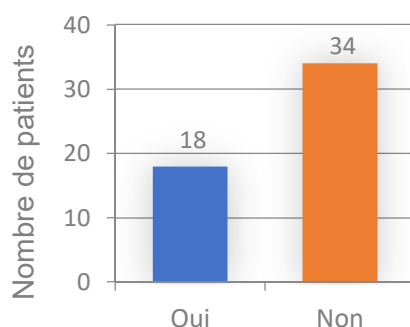


Figure n°12 : Utilisation de la fiche pour la surveillance de l'évolution du poids

IV.4.2. La pression artérielle

18 patients ont répondu qu'ils utilisaient la fiche pour suivre l'évolution de leur pression artérielle relevée lors des consultations de médecine générale par le médecin généraliste; 34 patients ont répondu qu'ils ne l'utilisaient pas.

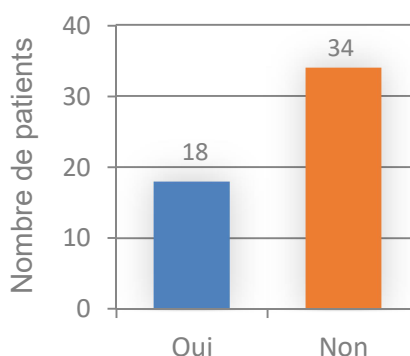


Figure n°13 : Utilisation de la fiche pour la surveillance de l'évolution de la pression artérielle

IV.5. Opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour le suivi de l'HbA1c et des changements de traitement

IV.5.1. Évolution de l'hémoglobine glyquée

22 patients ont répondu qu'ils utilisaient la fiche pour suivre l'évolution de leur hémoglobine glyquée ;

30 patients ont répondu qu'ils ne l'utilisaient pas.

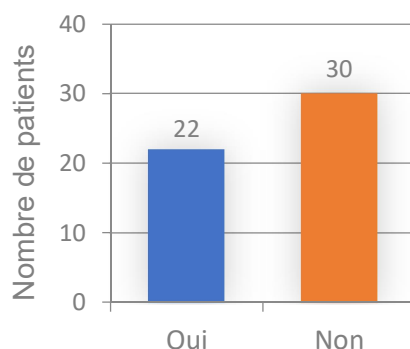


Figure n°14 : Utilisation de la fiche pour la surveillance de l'évolution de leur HbA1c

IV.5.2. Changement de traitement

14 patients ont répondu qu'ils utilisaient la fiche pour comprendre les changements de traitements ;

38 patients ont répondu qu'ils ne l'utilisaient pas.

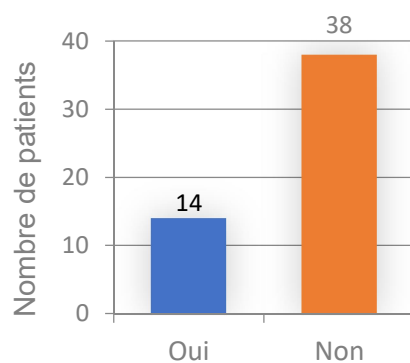


Figure n°15 : Utilisation de la fiche pour la compréhension des modifications de traitements

IV.6. Opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour le rappel de la vaccination antigrippale.

15 patients ont répondu qu'ils utilisaient la fiche pour se souvenir de se faire vacciner contre la grippe ;

37 patients ont répondu qu'ils ne l'utilisaient pas.

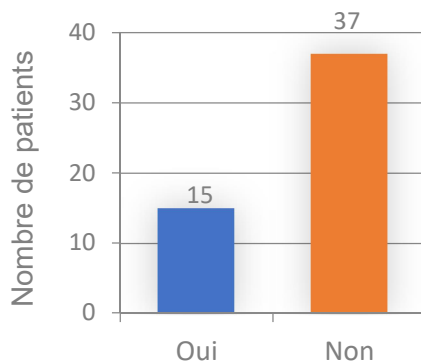


Figure n°16 : Incitation à la vaccination antigrippale grâce à la fiche

IV.7. Opinion des patients quant à l'utilité globale de cette fiche

IV.7.1. Utilité de la fiche pour le patient lui-même

36 patients ont répondu qu'ils pensaient que la fiche leur était utile à eux-mêmes et qu'ils en étaient satisfaits ;

16 patients ont répondu que la fiche ne leur était pas utile.

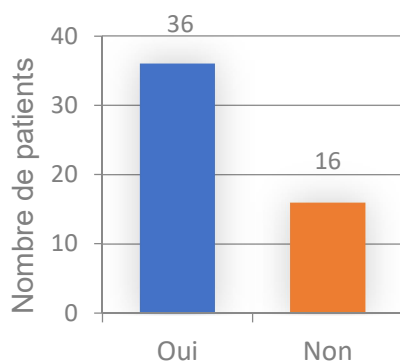


Figure n°17 : Utilité de la fiche pour le patient lui-même

IV.7.2. Utilité de la fiche pour le médecin généraliste

50 patients ont répondu qu'ils pensaient que la fiche était utile à leur médecin traitant ;

2 patients ont répondu qu'ils pensaient qu'elle ne lui était pas utile.

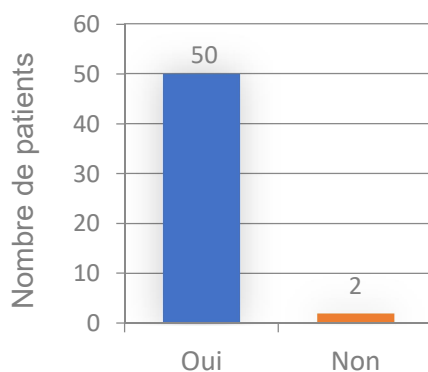


Figure n°18 : Utilité de la fiche pour le MT

IV.7.3. Utilité de la fiche pour les spécialistes

9 patients ont répondu qu'ils pensaient que la fiche était utile aux spécialistes ;

43 patients ont répondu qu'ils pensaient qu'elle ne leur était pas utile.

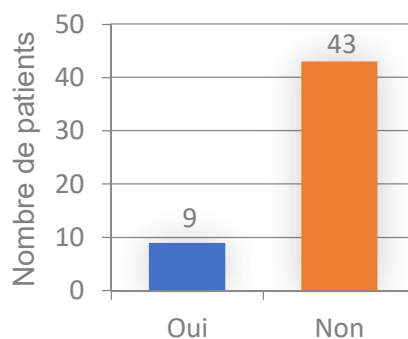


Figure n°19 : Utilité de la fiche pour les spécialistes

IV.7.4. Utilité générale de la fiche

46 patients ont répondu qu'ils pensaient que la fiche était utile de manière générale ;
6 patients ont répondu que la fiche n'était pas utile.

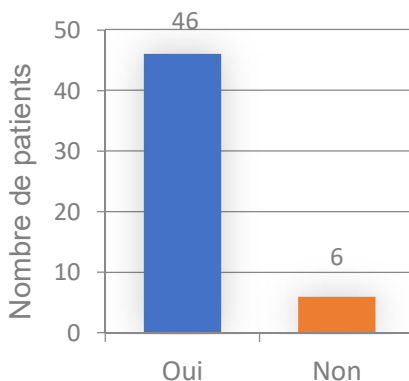


Figure n°20 : Utilité de la fiche en général

IV.7.5. Implication et meilleure compréhension du patient dans la prise en charge de sa pathologie

En ce qui concerne l'implication dans la prise en charge de la pathologie :
34 patients ont répondu qu'ils se sentaient plus impliqués grâce à l'utilisation de la fiche ;
18 patients ont répondu que la fiche n'avait aucun impact.

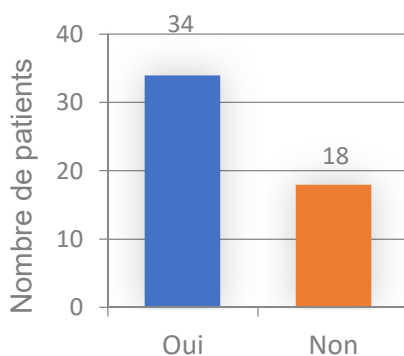


Figure n°21 : Implication plus importante du patient dans la prise en charge de la pathologie

En ce qui concerne la compréhension du suivi :

36 patients estimaient mieux comprendre le suivi de leur diabète grâce à cette fiche ;

16 patients estimaient ne pas mieux le comprendre.

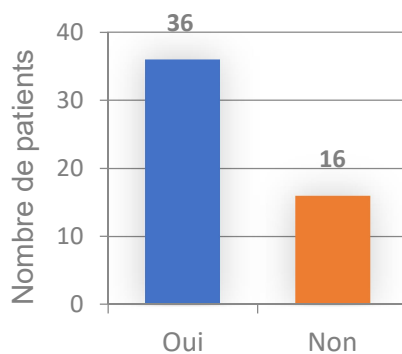


Figure n°22 : Meilleure compréhension du suivi par le patient

IV.7.6. Meilleur suivi par son médecin traitant grâce à la fiche de suivi ?

44 patients ont répondu qu'ils pensaient être mieux suivis.

8 patients ont répondu qu'ils ne pensaient pas l'être.

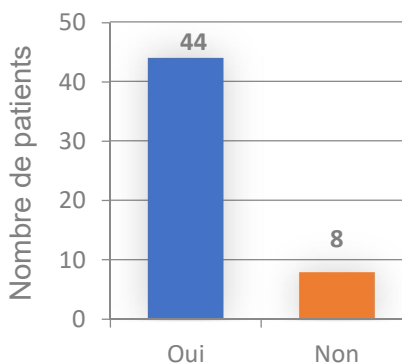


Figure n°23 : Meilleur suivi du patient par le MT

IV.8. Synthèse globale des résultats :

Tableau n°13 : Résumé des réponses données par les patients (n=52) avec indice de confiance (IC) à 95% de la proportion de oui

	Non (%)	Oui (%)	IC 95 %
Régularité des consultations			
Aide à la régularité dans les consultations de MG	26 (50)	26 (50)	[0.36 ; 0.64]
Aide à la régularité dans les consultations spécialisées	16 (30.8)	36 (69.2)	[0.55 ; 0.83]
Aide à la régularité dans les examens complémentaires	19 (36.5)	33 (63.5)	[0.50 ; 0.77]
Utilisation de la fiche pour la prise de RDV	27 (51.9)	25 (48.1)	[0.34 ; 0.62]
Suivi examen physique			
Suivi du poids via la fiche	34 (65.4)	18 (34.6)	[0.21 ; 0.48]
Suivi de la pression artérielle via la fiche	34 (65.4)	18 (34.6)	[0.21 ; 0.48]
Suivi HbA1c et changement de traitement			
Suivi de l'HbA1c	30 (57.7)	22 (42.3)	[0.28 ; 0.56]
Aide à la compréhension du changement de traitement	38 (73.1)	14 (26.9)	[0.13 ; 0.41]
Vaccination antigrippale			
Incitation à la vaccination antigrippale	37 (71.2)	15 (28.8)	[0.15 ; 0.43]
Synthèse utilité globale de la fiche			
Satisfaction quant à l'utilisation de la fiche par le patient lui-même	16 (30.8)	36 (69.2)	[0.55 ; 0.83]
Satisfaction quant à l'utilisation de la fiche par le MG	2 (3.8)	50 (96.2)	[0.82 ; 1.10]
Satisfaction quant à l'utilisation de la fiche par les spécialistes	43 (82.7)	9 (17.3)	[0.03 ; 0.31]
Satisfaction quant à l'utilité générale	6 (11.5)	46 (88.5)	[0.75 ; 1.02]
Meilleure implication dans la prise en charge	18 (34.6)	34 (65.4)	[0.52 ; 0.79]
Meilleure compréhension de la prise en charge	16 (30.8)	36 (69.2)	[0.55 ; 0.83]
Meilleur suivi par le MG	8 (15.4)	44 (84.6)	[0.71 ; 0.98]

V. COMMENTAIRES LIBRES

Les commentaires libres sont majoritairement positifs et en faveur d'une utilité globale de la fiche notamment sur le fait que la fiche permet de pouvoir se retrouver dans son suivi.

De nombreux commentaires suggèrent que la fiche est très utile au médecin qui peut ainsi assurer un suivi bien régulier.

- « La fiche est inutile pour moi, pourquoi pas pour le médecin mais je ne pense pas être mieux prise en charge ; moi je surveille mes glycémies capillaires »
- « La fiche est surtout utile pour le médecin qui assure un suivi bien régulier avec »
- « La fiche me paraît importante, c'est un organe de liaison »
- « Elle peut être utile, il faudrait que je pense à la regarder »
- « La fiche est utile et valable, elle permet de bien suivre l'évolution de son diabète »
- « La fiche permet de mieux comprendre le suivi, surtout au début de la maladie »
- « Je suis content d'avoir une fiche, elle m'aide beaucoup »
- « Je me servais beaucoup de la fiche au début mais moins maintenant car je connais mieux mon suivi, elle est plutôt utile pour le médecin actuellement »
- « La fiche est utile pour se souvenir des dates »
- « Elle permet un suivi global visible rapidement »
- « Au cas où je perds la tête je pourrai regarder ma fiche pour me souvenir des dates »
- « Elle permet au médecin de bien suivre l'évolution »
- « Elle est surtout utile au médecin car elle permet d'avoir une vision immédiate du suivi »
- « Elle permet de suivre le suivi de sa pathologie »
- « C'est une mémoire pour avoir des rappels de mois en mois, elle aide pour le suivi et à s'y retrouver »
- « Elle est intéressante pour les spécialistes, pour leur montrer les variations du diabète »
- « Elle est autant utile pour moi que pour le médecin, pour s'y retrouver dans le suivi, on voit tout d'un coup d'œil »
- « Au moins on sait où on en est, on est au courant de tout »
- « C'est une vue d'ensemble rapide de la prise en charge, on sait ce qu'on doit faire »
- « Elle est plutôt pour le docteur, je ne la regarde pas »
- « Elle permet de se souvenir des dates »
- « La fiche est très utile pour le médecin, il y a moins de perte de temps pour lui ; pour le patient elle est très utile au début »
- « La fiche permet de s'impliquer et de mieux comprendre le suivi de ma maladie »

- « Permet de bien voir son suivi »
- « Il y a noté tout ce qu'il faut faire, ça permet de ne rien oublier »
- « C'est une bonne base de suivi, c'est bien pour s'y retrouver »
- « C'est une fiche qui m'aide beaucoup à m'y retrouver, même si je ne comprends pas tout ce qui est noté »
- « Elle rappelle ce qui doit être fait et ce qui a déjà été fait »
- « Permet de bien suivre la maladie, autant pour le médecin que pour le patient »
- « Utile pour suivre son hémoglobine glyquée tous les 3 mois »
- « C'est un bon aide-mémoire, c'est une prise en charge globale et sérieuse du diabète »
- « Elle permet de voir en un coup d'œil le suivi, ça établit un bon contact avec le médecin traitant »
- « Elle permet de savoir où on en est »
- « Elle permet au médecin de suivre et de se souvenir des dates si on oublie »
- « Sert de pense bête pour se souvenir de la date des consultations spécialisées »
- « Permet de voir l'évolution et la régression de la maladie »
- « Elle sert au médecin, pour s'y retrouver dans le suivi »
- « Bon suivi avec la fiche »
- « Elle sert seulement au médecin »
- « Mon mari m'aide à suivre, et moi je peux voir le suivi, ça m'expose les risques de complications »

VI. DISCUSSION

Notre hypothèse de départ était donc qu'une fiche de suivi aiderait le patient dans la compréhension et donc dans la régularité de son suivi et faciliterait l'éducation thérapeutique en le plaçant au centre de sa prise en charge.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'opinion des patients sur l'utilité et l'utilisation de la fiche concernant la régularité du suivi (consultations régulières de médecine générale, consultations spécialisées régulières, et examens paracliniques réguliers).

Notre étude montre que les patients pensent que la fiche représente une aide permettant d'effectuer un suivi régulier du diabète de type 2.

VI.1. Analyse statistique des résultats

VI.1.1. Analyses en sous-groupes

Les différents sous-groupes individualisés sont l'âge, le genre et le temps d'évolution du diabète.

Ces sous-groupes ont été réalisés afin de rechercher un profil type de patient utilisateur de la fiche et viser une patientèle plus précise pour laquelle la fiche aurait un plus grand intérêt.

VI.1.2. Les caractéristiques de la population étudiée

Tableau n°14 : Caractéristiques générales des patients inclus (n=52)

Age (par tranches)	< 40 ans	2 (3.8%)
	41 à 50 ans	2 (3.8%)
	51 à 60 ans	6 (11.5%)
	61 à 70 ans	15 (28.8%)
	71 à 80 ans	20 (38.5%)
	> 80 ans	7 (13.4%)
Genre	Homme	36 (69%)
	Femme	16 (31%)
Durée d'évolution du diabète	< 1an	3 (5.8%)
	1 à 5 ans	15 (28.8%)
	5 à 10 ans	10 (19.2%)
	> 10 ans	24 (46.2%)
Durée d'utilisation de la fiche	N'utilise pas la fiche	2 (3.8%)
	< 1an	18 (34.6%)
	1 à 5 ans	25 (48.1%)
	5 à 10 ans	5 (9.6%)
	> 10 ans	2 (3.8%)

Dans notre étude, la majorité des patients interrogés était des hommes (69%) ce qui représentait un sex-ratio de 2.2.

En France, en 2013, il y avait 3.3 millions de patients diabétiques de type 2. Parmi eux, on comptait 1.8 millions d'hommes et 1.5 millions de femmes ; soit 54.5% d'hommes et 45.5% de femmes ; soit un sex-ratio de 1.2.(4) (23)

La proportion d'hommes et de femmes de notre population d'étude n'était donc pas comparable à celle de la population générale.

En ce qui concerne l'âge, dans notre étude la proportion des patients de plus de 75 ans était de 30%.

Selon l'étude Entred en France en 2007, 26% des patients diabétiques avaient plus de 75 ans (23).

L'âge de nos patients était donc similaire à celui de la population générale ; cependant dans notre étude il y avait très peu de patients âgés de plus de 80 ans alors que cette tranche d'âge est très concernée par cette pathologie.

Ceci peut s'expliquer du fait des critères d'exclusion dont faisaient partis notamment les patients ayant des troubles cognitifs ne pouvant pas se servir d'une fiche et les patients institutionnalisés ne gérant pas eux-mêmes leur diabète.

La majorité des patients utilisait la fiche depuis quelques mois jusqu'à 5 ans (82.7%) mais d'autres l'utilisaient depuis plus de 10 ans (3.8%) ; Seuls 2 patients ne l'utilisaient pas du tout (3.8%).

Dans le cabinet de médecine générale étudié, la fiche de suivi est remise à chaque patient, soit dès la découverte d'un diabète, soit dès le début de prise en charge par le médecin titulaire du cabinet.

Le fait que seulement 2 patients utilisaient la fiche depuis plus de 10 ans alors qu'il y avait 24 patients dont le diabète évoluait depuis plus de 10 ans peut s'expliquer car plusieurs patients étaient suivis par un autre médecin d'un village voisin ayant cessé son activité, ainsi que par le changement régulier de médecin par les patients du fait de l'augmentation des flux migratoires interrégionaux en France depuis des années.

Pour rappel, environ 88% des patients déclaraient apporter la fiche à presque toutes les consultations de médecine générale mais 73% déclaraient ne jamais les apporter chez les spécialistes d'organes.

Ces résultats montrent que de manière générale les patients ont adopté la fiche comme outil pour la consultation avec leur médecin généraliste.

VI.1.3. Objectif principal : Utilité quant à la régularité des consultations, examens paracliniques et examens spécialisés

Notre objectif principal était d'évaluer l'opinion des patients quant à l'utilité de la fiche pour réaliser régulièrement les consultations et des examens paracliniques.

Les résultats retrouvent que 50% des patients ont déclaré s'aider de la fiche pour réaliser régulièrement les consultations de médecine générale ; 69% d'entre eux l'utilisaient pour réaliser régulièrement des consultations spécialisées et enfin 63% d'entre eux l'utilisaient pour être plus réguliers dans la réalisation des examens paracliniques (biologiques et imageries).

Il est à noter que presque un patient sur deux (48.1%) disait regarder régulièrement la fiche chez lui pour se souvenir des dates nécessaires de RDV, le plus souvent une fois par trimestre.

Les résultats concluent donc qu'une majorité (environ deux tiers) de patients se sert de la fiche afin d'effectuer un suivi régulier de leur pathologie pour les consultations spécialisées et les examens complémentaires.

Une étude en 2000 (24) avait cherché à connaître quelles étaient les informations conservées par des patientes après une chirurgie de mammoplastie: en moyenne 3 faits sur 12 avaient été retenus alors que 97% des patientes estimaient que la consultation initiale avait été bien réalisée. 74% des patients avaient déclaré qu'un support visuel aurait pu les aider à mieux se souvenir des informations données.

Une autre étude en 2003 (25) a évalué la mémoire des patients recevant une information en consultation. Il en ressort que 40 à 80 % des informations données sont immédiatement oubliées.

Ceci est d'autant plus vrai qu'il y a d'informations données, ce qui est le cas lors des consultations de réévaluation des patients diabétiques : de manière générale lors des consultations, le médecin évalue l'état de santé du patient et ainsi plusieurs informations sont données, notamment des rappels d'hygiène alimentaire ; la nécessité de pratiquer une activité physique ; la nécessité de prendre régulièrement le traitement, de réaliser le bilan biologique, de réaliser des consultations spécialisées, etc...

En juin 2018, la HAS a publié un article sur l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques de l'éducation thérapeutique du patient. Il en est ressorti que dans le cadre du diabète de type 2 peu de données existaient sur la prise en charge au long cours permettant de maintenir et renforcer l'équilibre(26). Cependant, il était clair que l'éducation thérapeutique est un pilier fondamental de la prise en charge.

Notre étude est donc cohérente avec les études précédemment réalisées, à savoir qu'un support visuel serait utile à de nombreux patients puisqu'environ deux tiers des patients interrogés utilisent la fiche pour être plus régulier dans leur suivi et que presque un patient sur deux regarde sa fiche à domicile.

L'analyse en sous-groupes, à savoir selon l'âge, le genre et le temps d'évolution du diabète, selon le test exact de Fisher suggère que les patients ayant un diabète évoluant depuis plus de 5 ans utilisent plus la fiche que les autres pour effectuer régulièrement les consultations spécialisées ($p = 0.038$). **(ANNEXE 3)**

Ceci peut s'expliquer du fait qu'au début de la découverte d'une pathologie les patients sont plus attentifs et plus vigilants à la prise en charge ; mais du fait de la complexité du suivi, une lassitude peut apparaître et conduire à l'oubli de la nécessité d'effectuer un suivi régulier.

Ces résultats sont intéressants car le dépistage fait partie intégrante de la prise en charge du diabète de type 2 puisque c'est lors de ces consultations que l'on recherche les éventuelles complications.

Le fait qu'environ deux tiers des patients estiment que la fiche de suivi permet d'avoir une plus grande régularité dans le suivi montre que son utilisation pourrait permettre une meilleure coordination entre les différentes consultations et ainsi plus de dépistages de complications et donc une meilleure prise en charge.

La fiche représente donc un outil important dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient et pourrait donc participer à son maintien au centre de sa prise en charge notamment au long cours.

Nous pouvons par ailleurs noter que les objectifs de santé publique (27) ont été presque tous atteints au cours de l'année 2020, en ce qui concerne le suivi des patients diabétiques de type 2 dans le cabinet de médecine étudié. En effet, la part des patients ayant bénéficié d'au moins deux dosages d'HbA1c dans l'année a été évalué à 92.5% (objectif cible > 92%), le taux de patients ayant réalisé un fond d'œil est de 80% (objectif cible > 75.6%), et le taux de patients de moins de 81 ans ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urine et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG est de 58,1% (objectif cible > 58.6%).

Ces résultats sont supérieurs à la moyenne départementale ainsi qu'à la moyenne nationale, pour tous les paramètres.

Nous pouvons donc penser que la fiche a pu participer à l'obtention de tels résultats, les patients étant donc plus incités et plus impliqués dans la prise en charge de leur pathologie. Mais on peut également penser que le médecin est aidé par la fiche pour ne pas oublier les prescriptions et les rappels aux patients.

VI.1.4. Objectifs secondaires :

VI.1.4.1. Les autres utilisations de la fiche

VI.1.4.1.1. L'utilité de la fiche quant au suivi des paramètres physiques : poids et tension.

En France, en 2019, 17 % de la population adulte était obèse, ce qui représentait plus de 8 millions de personnes (28). L'obésité simple à sévère constitue un facteur de risque majeur de développer un diabète de type 2.

Nous savons également depuis des années que le développement du diabète est lié à un facteur modifiable et bien identifié qu'est la sédentarité et donc que le diabète touche une majorité de patients en surpoids voire obèses (29).

De la même manière, nous savons que le surpoids favorise l'hypertension artérielle par l'activation des systèmes nerveux sympathique et rénine-angiotensine-aldostérone, entraînant une rétention hydrosodée (30). Il est estimé que 60 à 70% du risque d'hypertension artérielle est imputable à l'obésité. (31)

Dans notre étude, pour 65.4% des patients la fiche n'était pas utilisée pour suivre l'évolution de leur poids et de leur pression artérielle.

Le fait que les patients interrogés ne soient qu'un tiers environ à surveiller les variations de leur poids via la fiche pourrait s'expliquer du fait que la population des patients diabétiques serait moins attentive aux variations du poids, ce qui serait cohérent aux vues des données épidémiologiques concernant le profil des patients à risque de développer un diabète.

Cependant, de nombreux foyers sont actuellement équipés de pèse-personnes. On pourrait donc également penser que les patients surveillent eux-mêmes les variations de leur poids chez eux et que dans ce cadre la fiche de suivi ne leur est pas utile. Ceci est également vrai pour le suivi de leur pression artérielle : de nombreux patients possèdent à domicile un tensiomètre et contrôlent régulièrement leur pression artérielle chez eux.

L'analyse statistique en sous-groupes, à savoir selon l'âge, le genre et le temps d'évolution du diabète, selon le test exact de Fisher suggère qu'il y a un lien significatif entre le genre et le suivi de la pression artérielle ($p = 0.031$) : 44% des hommes surveillent leur pression artérielle via la fiche contre seulement 12.5% des femmes. (**ANNEXE 4**)

Nous savons que la prévalence de l'hypertension est plus élevée chez les hommes que chez les femmes(32). Ceci pourrait éventuellement expliquer que les hommes soient plus attentifs aux résultats de la mesure de leur pression artérielle.

VI.1.4.1.2. L'utilité de la fiche quant au suivi de l'HbA1c et au changement de traitement

Les résultats de notre étude retrouvent que la majorité des patients (57.7%) n'utilise pas la fiche pour suivre l'évolution de l'HbA1c ni pour comprendre les changements de traitement (73.1%).

L'analyse en sous-groupes, à savoir selon l'âge, le genre et le temps d'évolution du diabète, selon le test exact de Fisher suggère que la majorité des patients âgés de plus de 80 ans utilise la fiche pour comprendre les changements de traitement. Dans les autres tranches d'âge il n'y a aucun résultat statistiquement significatif (**ANNEXE 5**).

Les patients reçoivent généralement directement les résultats de leur HbA1c depuis le laboratoire. Sur les résultats d'analyses, la présence de la valeur précédente apparaît la plupart du temps.

Cela pourrait expliquer pourquoi les patients n'ont pas besoin de la fiche pour suivre cette évolution.

En ce qui concerne les traitements, du fait qu'il y ait déjà l'ordonnance remise au patient en fin de consultation, il n'est pas forcément nécessaire de suivre les changements de traitement via la fiche.

De plus, le changement de traitement en fonction des résultats est le propre même du travail du médecin et est complexe, ce qui peut expliquer le fait que les patients ne s'en préoccupent pas.

Finalement, pour ces paramètres, la fiche présente plutôt un intérêt pour le médecin qui peut voir rapidement ce qui avait été modifié lors de la précédente consultation.

VI.1.4.1.3. L'utilité de la fiche quant au rappel de la vaccination antigrippale.

L'épidémie de grippe en France survient chaque année, le plus souvent en hiver et touche entre 2 et 6 millions de personnes.

Plus de 90% des décès liés à la grippe (9000 en moyenne en France) surviennent chez des personnes de plus de 65 ans (33).

La stratégie vaccinale vise à protéger les populations les plus exposées aux risques de complications graves en cas de grippe (34). Il s'agit essentiellement des personnes âgées de 65 ans et plus ; de personnes de moins de 65 ans souffrant de certaines maladies chroniques dont le diabète de type 2 ; les femmes enceintes ; les personnes souffrant d'obésité (IMC \geq 40); de l'entourage des nourrissons à risque de forme grave de grippe et des personnes immunodéprimées, dans l'objectif de protéger les personnes fragiles de leur entourage.

L'assurance Maladie prend en charge à 100% les vaccins des patients bénéficiant d'une affection longue durée (ALD).

Dans notre étude, la majorité des patients (71%) a déclaré que l'inscription du vaccin antigrippal sur la fiche ne l'incitait pas à se faire vacciner, seuls 29% des patients y sont sensibles.

L'analyse statistique en sous-groupes suggère que la majorité des patients dont le diabète évolue depuis 1 à 5 ans n'est pas incitée à la vaccination antigrippale par la fiche. ($p = 0.04$) (**ANNEXE 6**)

Ces résultats peuvent en partie s'expliquer du fait que tous les patients pris en charge pour affection longue durée reçoivent un bon de prise en charge envoyé par l'Assurance Maladie leur rappelant directement la nécessité de se faire vacciner.

Presque un tiers des patients se sent malgré tout plus incité à se faire vacciner grâce à la fiche ; l'inscription du vaccin sur la fiche permet également de rappeler au médecin d'insister sur les bénéfices de la vaccination à l'approche de la période épidémique.

VI.1.4.2. La synthèse quant à l'utilité globale de cette fiche.

Les résultats de notre étude retrouvent que 96.2% des patients trouvent que la fiche est utile à leur médecin traitant, 69.2% pensent qu'elle est utile pour eux-mêmes ; 88.5% pensent que de manière générale elle est utile.

82.7% des patients en revanche pensent qu'elle n'est pas utile aux spécialistes.

Par ailleurs, 69% des patients estiment mieux comprendre le suivi de leur pathologie grâce à cette fiche, 65% d'entre eux se sentent plus impliqués dans la prise en charge et 84.6% également estiment être mieux suivis par leur médecin traitant lorsqu'ils utilisent conjointement une fiche de suivi.

Selon les patients, les résultats sont en faveur de l'utilité globale de la fiche, et surtout pour le médecin généraliste lors des consultations de réévaluation de traitement. C'est somme toute logique puisque c'était le but initial de cette fiche. Les patients, voyant leur médecin l'utiliser, comprennent son utilité.

Elle ne semble cependant pas ou très peu utile aux spécialistes. Cela peut s'expliquer du fait que les spécialistes prennent en charge seulement les pathologies et complications liées à leurs spécialités. A l'inverse, le médecin généraliste doit effectuer un suivi pluridisciplinaire et permettre une bonne coordination entre les différentes spécialités. Le principe de la prise en charge des patients diabétiques est la prévention et le dépistage des complications, ce qui représente un pilier de la médecine générale. Avec une telle fiche, le médecin peut à chaque consultation faire le point complet de la prise en charge de manière relativement rapide. Ceci permet au patient de se sentir mieux pris en charge, comme en témoigne les résultats : 65% des patients s'estiment mieux pris en charge par leur médecin qui utilise cette fiche.

Toutefois, notre questionnaire a englobé tous les spécialistes, nous n'avons donc pas pu déterminer si les endocrinologues, qui prennent en charge également le patient dans sa globalité, utilisaient la fiche des patients effectuant un suivi alterné (endocrinologue/médecin généraliste).

Les résultats montrent également qu'une majorité de patients se sent plus impliquée dans la prise en charge de la pathologie. En effet, à distance de la consultation les patients peuvent reprendre la fiche et ainsi se remémorer les points importants. Le fait de voir noter les dates de consultations spécialisées et examens paracliniques nécessaires implique le patient. Son adhérence au projet thérapeutique est ainsi renforcée.

Tout cela est d'autant plus important que d'après plusieurs études (35), notamment l'étude Entred 2007 (36), les patients diabétiques de type 2 ont de manière générale un niveau socio-économique plus faible. Une telle fiche pourrait les aider à être plus adhérents à la prise en charge.

L'analyse statistique en sous-groupes n'a retrouvé aucun résultat statistiquement significatif. **(ANNEXES 7 et 8)**

VI.2. Utilisation d'une fiche en médecine (37)

La communication verbale, malgré sa qualité, laisse les patients sans possibilité de récupérer l'information en cas d'oubli. Mettre à disposition une information sous forme écrite ou dessinée augmente la capacité de remémoration des patients.

La combinaison du verbal et de l'écrit augmente les connaissances et la satisfaction du patient par rapport aux informations uniquement verbales.

Plus encore, l'information écrite augmente la confiance du patient dans son traitement, améliore la gestion des soins et le suivi, diminue le temps de récupération, améliore sa satisfaction, diminue son anxiété, réduit les réadmissions à l'hôpital et améliore l'adhésion thérapeutique.

Tout cela se vérifie dans les réponses à notre questionnaire puisque 69% des patients ont déclaré mieux comprendre leur suivi grâce à leur fiche : une grande partie des patients se sert de la fiche pour se souvenir des dates nécessaires de prise de RDV. Presque un patient sur deux regarde la fiche à domicile, ce qui témoigne de l'oubli fréquent de l'information orale donnée en consultation.

On pourrait cependant penser que la fiche de suivi sous format A4 en papier serait dépassée du fait des nouvelles technologies.

Une étude (38) a cependant passé en revue près de 400 applications en lien avec la gestion du diabète par les patients eux-mêmes. Il en ressort que beaucoup d'applications ne donnaient pas de rappel pour effectuer les glycémies, ne donnaient pas les objectifs glycémiques et ne permettaient pas de faire un suivi d'HbA1c.

À peine plus de la moitié des applications signalaient les hypoglycémies (par des messages ou changements de couleur) et 10% donnaient des conseils d'éducation au diabète.

En bref, la médecine connectée ne peut encore suffire pour le suivi des patients et donc une fiche de suivi en format papier ne saurait qu'être utile.

VI.3. Mise à jour de la fiche

Dans ce contexte de période sanitaire particulière, nous avons vu émerger de nouveaux vaccins contre le Sars-Cov-2. Ces vaccins s'adressent tout particulièrement aux patients fragiles, et notamment ceux présentant une affection longue durée, comme le diabète de type 2.

La fiche pourra donc être complétée au cas par cas afin de suivre les nouvelles recommandations antiCovid-19.

De la même manière, cette fiche étant utilisée depuis une dizaine d'années, elle est régulièrement mise à jour afin de s'adapter aux dernières recommandations générales en vigueur.

VI.4. Perspective d'étude

Notre échantillon n'étant pas représentatif, nous pourrions proposer l'utilisation de cette fiche aux autres médecins généralistes de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en cours de formation, pour obtenir une plus large population.

Il serait alors intéressant de réaliser une étude randomisée incluant des patients utilisant la fiche et d'autres ne l'utilisant pas afin d'évaluer son utilité sur le contrôle du diabète et son utilité.

Nous pourrions également étudier son utilisation auprès des médecins généralistes (gain de temps, optimisation de la prise en charge).

L'utilité de cette fiche de suivi pour les médecins remplaçants pourrait être également étudiée.

VI.5. Les points forts de l'étude

VI.5.1. Taux de participation

Grâce à la méthode de recueil, tous les patients interrogés ont accepté de répondre, c'est-à-dire la totalité des patients diabétiques de type 2 du cabinet de médecine générale.

VI.5.2. Effectif

Le nombre de patients diabétiques de type 2 inclus, soit 52 participants constitue un échantillon correct pour l'analyse des résultats.

VI.6. Les faiblesses de l'étude

VI.6.1. Critères d'anonymisation des réponses

Les critères d'anonymisation des réponses aux questionnaires sont critiquables.

Les questions étaient en effet posées directement aux patients par l'enquêteur.

De ce fait, le questionnaire n'était pas forcément vécu comme anonyme par les patients qui pouvaient penser qu'une identification restait possible.

Ce vécu des patients a peut-être contribué à induire un biais dans les réponses au questionnaire, les patients se sentant moins libres dans leurs réponses, c'est le biais de prévarication(39).

Cette modalité de recueil a été privilégiée afin d'obtenir un maximum de réponses et l'anonymisation a été respectée : aucun nom n'apparaissait sur le fichier de recueil Excel.

VI.6.2. Étude monocentrique : Biais de recrutement

Notre étude a été réalisée dans un seul cabinet de médecine générale en milieu rural utilisant cette fiche de suivi, elle est donc monocentrique.

Par conséquent, les réponses sont valables pour la population de ce cabinet là mais ne sont pas généralisables à l'ensemble des patients diabétiques de type 2, d'autant plus que les patients très âgés ne sont que très peu représentés.

De plus, différents médecins n'auraient peut-être pas accordé la même importance à cette fiche de suivi, ce qui pourrait interférer avec les idées que le patient se fait de cette fiche.

VII. CONCLUSION

Notre étude a montré que les patients interrogés pensent que leur fiche de suivi annuel du diabète de type 2, comportant les points importants de leur suivi, remplie par le médecin et remise en fin de consultation dédiée à la prise en charge du diabète, est une aide permettant d'effectuer un suivi régulier de leur pathologie : environ deux tiers des patients ont déclaré qu'elle apportait une aide pour effectuer un suivi régulier notamment en ce qui concerne les consultations spécialisées et les examens complémentaires, d'autant plus lorsque le diabète évoluait depuis plus de 5 ans.

De manière générale, 88.5% des patients ont déclaré qu'ils pensaient que cette fiche était utile, surtout pour leur médecin généraliste, plus de 80% d'entre eux pensent être mieux suivis par leur médecin qui utilisait cette fiche et environ deux tiers d'entre eux ont déclaré penser être plus impliqués dans la prise en charge de leur diabète avec une meilleure compréhension du suivi.

La communication verbale, malgré sa qualité, laisse les patients sans possibilité de récupérer l'information en cas d'oubli. Une fiche de suivi pourrait donc leur permettre de retrouver l'information donnée en consultation, d'effectuer un suivi plus régulier et ainsi d'optimiser la prise en charge.

Du fait de l'augmentation croissante de l'incidence du diabète de type 2 en France, la généralisation d'une fiche de suivi remise aux patients pourrait permettre de diminuer l'apparition de complications liées à la pathologie. Cela pourrait se vérifier dans une étude randomisée comportant des patients avec et sans fiche de suivi annuel du diabète de type 2.

VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé Publique France. Prévalence et incidence du diabète [Internet]. 2019 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-et-incidence-du-diabete>
2. Centre Européen d'Etude du Diabète. Les chiffres du diabète [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
3. Fosse-Edorh S. Diabetes follow-up and burden of it's severe complications, in France. World Diabetes Day. 2015;38.
4. Ministère des solidarités et de la santé. Diabète [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
5. Fédération Française des Diabétiques. Comment mon généraliste intervient dans ... | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/traitements/generaliste>
6. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2021 avr [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
7. Caetano IRCES, Santiago LM, Marques M. Impact of written information on control and adherence in type 2 diabetes. Rev Assoc Med Bras (1992). 2018;64(2):140-7.
8. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. BMJ. 1998;316(7149):1948-52.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000;49(9):796-804.
10. Démarche centrée sur le patient [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
11. Diabète de type 1 et diabète de type 2 [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis__3_juillet_07_2007_07_13__11_43_37_65.pdf

12. SFE. Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte [Internet]. 2015 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/693/item-ue8-ot-245-diabete-sucre-de-types-1-et-2-de-l-enfant-et-de-l-adulte>
13. SFE. Complications dégénératives du diabète [Internet]. 2021 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <http://sfendocrino.org/article/1074/item-245-ndash-ue-8-ndash-complications-degeneratives-du-diabete>
14. ESC. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2019;73(5):404.
15. Néphropathies diabétiques [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: http://cuen.fr/manuel/IMG/pdf/11-nephrologie_8e-edition_chap11.pdf
16. Rétinopathie diabétique [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <http://couf.fr/wp-content/uploads/2016/03/Chapitre-21.pdf>
17. Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques (polyneuropathies et mononeuropathies multiples) [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diagnostic_neuropathies_peripheriques_recommandations.pdf
18. Diabète de type 1 et diabète de type 2 [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis__3_juillet_07_2007_07_13__11_43_37_65.pdf
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):34-8.
20. Département de médecine générale. Construire une enquête et un questionnaire [Internet]. DMG Strasbourg. 2012 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
21. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/>
22. Les chiffres du diabète en France [Internet]. Infos diabète. 2018 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://infos-diabete.com/chiffres-diabete-france/>
23. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/argumentaire_epidemiologie.pdf
24. Godwin Y. Do they listen? A review of information retained by patients following consent for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg*. mars 2000;53(2):121-5.

25. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* mai 2003;96(5):219-22.
26. Education thérapeutique du patient (ETP). Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf
27. La Rosp [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
28. DGOS. Obésité: prévention et prise en charge [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>
29. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The Continuing Epidemics of Obesity and Diabetes in the United States. *JAMA.* 12 sept 2001;286(10):1195-200.
30. Comte-Perret S, Giusti V, Wuerzner G. Traitement de l'hypertension artérielle chez le sujet obèse. *Rev Med Suisse.* 2013;4.
31. Kotchen TA. Obesity-related hypertension: epidemiology, pathophysiology, and clinical management. *Am J Hypertens.* nov 2010;23(11):1170-8.
32. Perrine A-L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France: prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolution depuis 2006 [Internet]. 2018 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/10/2018_10_1.html
33. Grippe [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Grippe>
34. Vaccination contre la grippe saisonnière [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/programmes-prevention/vaccination-grippe-saisonniere>
35. Romon I, Fagot-Campagna A. Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, *Entred.* 2001;8.
36. Santé Publique France. Diabète et niveau socio-économique [Internet]. 2019 [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/diabete-et-niveau-socio-economique>

37. Netgen. Fiches d'information aux patients - Pour une compréhension durable des messages transmis au patient lors d'une consultation en urgence [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-650/Fiches-d-information-aux-patients-Pour-une-comprehension-durable-des-messages-transmis-au-patient-lors-d-une-consultation-en-urgence#anchor-B1>

38. Lum E, Jimenez G, Huang Z, Thai L, Semwal M, Boehm BO, et al. Decision Support and Alerts of Apps for Self-management of Blood Glucose for Type 2 Diabetes. JAMA. 16 avr 2019;321(15):1530-2.

39. S5_Transcription_Biais_Enquete_Descriptive.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: https://lms.fun-mooc.fr/c4x/ubordeaux/28004/asset/S5_Transcription_Biais_Enquete_Descriptive.pdf

IX. ANNEXES

IX.1. ANNEXE N°1 : Lignes directrices STROBE (19)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt

Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

IX.2. ANNEXE N°2: Questionnaire:

Évaluation de la satisfaction des patients quant à l'utilisation d'une fiche de suivi annuel de diabète de type 2.

Question n° 1 :

Vous êtes : Un homme
 Une femme

Question n°2 :

Quel est votre âge ?

Question n°3 :

Depuis combien d'année êtes-vous suivi(e) pour le diabète ?

Question n° 4 :

Depuis combien de temps utilisez-vous la fiche de suivi ?

Question n° 5 :

Pensez-vous à apporter votre fiche chez votre MG ?

- A toutes les consultations
- La plupart du temps (1 oubli par an)
- Oublis fréquents (au moins 2 oublis par an)
- Jamais

Question n°6

Pensez-vous à apporter votre fiche chez les spécialistes ?

- A toutes les consultations
- La plupart du temps (1 oubli par an)
- Oublis fréquents (au moins 2 oublis par an)
- Jamais

Si oui l'ont-ils regardé ? Oui Non

Question n°7 :

Pensez-vous que la fiche vous aide à être plus régulier dans la réalisation :

- Des consultations de médecine générale ? Oui Non
- Des consultations spécialisées ? Oui Non
- Des examens complémentaires notamment biologiques ? Oui Non

Question n° 8 :

Utilisez-vous chez vous cette fiche afin de vous souvenir à quelle date il est nécessaire de prendre un rendez-vous de consultation de médecine générale, de consultation spécialisée ou de réaliser un examen complémentaire ? Oui Non

Si oui, à quelle fréquence :

- une fois par mois
- une fois par trimestre
- une fois par semestre
- une fois par an
- autre, précisez :

Question n° 9 :

Le fait de voir noté les variations de poids vous aide-t-il à modifier votre régime alimentaire et/ou activités physiques ?

Oui Non

Question n° 10 :

Le fait de voir noté la valeur de votre tension vous aide-t-il à modifier vos habitudes ?

Oui Non

Question n° 11 :

Le fait de voir noté les changements de valeur de l'hémoglobine glyquée vous permet-il de modifier vos habitudes afin de rééquilibrer votre diabète ?

Oui Non

Question n° 12 :

Le fait de voir noté vos changements de traitement en fonction des résultats annotés sur la fiche vous permet-il de mieux comprendre la prise en charge établie par votre médecin ?

Oui Non

Question n° 13 :

La fiche de suivi précisant la nécessité de la vaccination anti grippale, est-ce que cela vous incite à vous faire vacciner ?

Oui Non

Question n° 14 :

Pensez-vous que la fiche soit utile :

- Pour vous ? Oui Non
- Pour votre MG ? Oui Non
- Pour les spécialistes ? Oui Non

De manière générale,

Question n° 15 :

Pensez-vous que la fiche de suivi annuel est utile ? Oui Non

Question n° 16 :

Concernant le diabète, pensez-vous être mieux prise en charge grâce à cette fiche de suivi ?

Oui Non

Question n° 17 :

Pensez-vous mieux comprendre le suivi de votre diabète grâce à cette fiche ?

Oui Non

Question n° 18 :

La fiche vous permet-elle de vous sentir plus impliqué dans la prise en charge de votre pathologie ?

Oui Non

Quelle remarque/observation pourriez-vous faire à propos de cette fiche ?

....

IX.3. ANNEXES 3 à 8: Analyses en sous-groupe : p-values (Test exact de Fisher)

Annexe 3 : Analyse de l'aide pour la régularité des consultations, examens paracliniques et consultations spécialisées

Aide à a la régularité des consultations de MG (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	0.490
	41 à 50 ans	1	1	1
	51 à 60 ans	5	1	0.191
	61 à 70 ans	7	8	1
	71 à 80 ans	9	11	0.776
	> 80 ans	4	3	1
Genre	Homme	19	17	0.764
	Femme	7	9	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	2	1	1
	1 à 5 ans	8	7	1
	5 à 10 ans	5	5	1
	> 10 ans	11	13	0.781

Aide à a la régularité des consultations spécialisées (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	1	1	0.525
	41 à 50 ans	1	1	0.525
	51 à 60 ans	4	2	1
	61 à 70 ans	11	4	0.752
	71 à 80 ans	14	6	1
	> 80 ans	5	2	1
Genre	Homme	24	12	0.747
	Femme	12	4	
Durée d'évolution du diabète	< 5 ans	13	11	0.038
	≥ 5 ans	23	5	

Aide à a la régularité des examens paracliniques (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	1	1	1
	41 à 50 ans	1	1	1
	51 à 60 ans	3	3	0.656
	61 à 70 ans	11	4	0.526
	71 à 80 ans	12	8	0.771
	> 80 ans	5	2	1
Genre	Homme	22	14	0.758
	Femme	11	5	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	2	1	1
	1 à 5 ans	9	6	0.760
	5 à 10 ans	5	5	0.467
	> 10 ans	17	7	0.391

Utilisation à domicile de la fiche pour le rappel des dates de prises de RDV (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	1	1	1
	41 à 50 ans	0	2	0.491
	51 à 60 ans	4	2	0.411
	61 à 70 ans	7	8	1
	71 à 80 ans	8	12	0.404
	> 80 ans	5	2	0.241
Genre	Homme	17	19	1
	Femme	8	8	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	1	2	1
	1 à 5 ans	5	10	0.227
	5 à 10 ans	4	6	0.729
	> 10 ans	15	9	0.094

Fréquence d'utilisation de la fiche selon âge

	<40ans	41-50 ans	51-60 ans	61-70 ans	71-80 ans	> 80 ans
Jamais	1,000	0,491	0,411	1,000	0,404	0,241
Une fois par trimestre	1,000	1,000	1,000	1,000	0,383	0,198
Une fois par mois	1,000	1,000	0,227	1,000	1,000	1,000

Fréquence selon genre

	Hommes	Femmes
Jamais	1,000	1,000
Une fois par trimestre	1,000	1,000
Une fois par mois	0,689	0,689

Fréquence selon évolution du diabète

	< 1 an	1-5 ans	5-10 ans	> 10 ans
Jamais	1,000	0,227	0,729	0,094
Une fois par trimestre	1,000	0,101	0,137	0,003
Une fois par mois	1,000	0,676	0,171	0,262

Annexe 4 : Analyse de l'aide au suivi du poids et de la pression artérielle

Aide au suivi du poids (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	0.538
	41 à 50 ans	1	1	1
	51 à 60 ans	2	4	1
	61 à 70 ans	5	10	1
	71 à 80 ans	8	12	0.561
	> 80 ans	2	5	1
Genre	Homme	14	22	0.529
	Femme	4	12	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	1	2	1
	1 à 5 ans	5	10	1
	5 à 10 ans	3	7	1
	> 10 ans	9	15	0.774

Aide au suivi de la pression artérielle

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	0.509
	41 à 50 ans	0	2	0.509
	51 à 60 ans	2	4	1
	61 à 70 ans	9	6	0.117
	71 à 80 ans	7	13	0.575
	> 80 ans	3	4	1
Genre	Homme	16	20	0.031
	Femme	2	14	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	3	3	0.543
	1 à 5 ans	12	12	0.208
	5 à 10 ans	6	6	0.723
	> 10 ans	13	13	0.149

Annexe 5: Analyse de l'aide au suivi de l'HbA1c et des changements de traitement

Aide au suivi de l'évolution de l'HbA1c (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	1	1	1
	41 à 50 ans	0	2	0.517
	51 à 60 ans	3	3	0.664
	61 à 70 ans	5	10	0.757
	71 à 80 ans	7	13	0.774
	> 80 ans	4	3	0.408
Genre	Homme	16	20	0.765
	Femme	6	10	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	2	1	0.567
	1 à 5 ans	8	7	0.362
	5 à 10 ans	4	6	1
	> 10 ans	8	16	0.269

Aide à la compréhension des changements de traitement (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	1	1	0.470
	41 à 50 ans	0	2	1
	51 à 60 ans	1	5	1
	61 à 70 ans	1	14	0.043
	71 à 80 ans	5	15	1
	> 80 ans	6	1	0.001
Genre	Homme	9	27	0.738
	Femme	5	11	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	1	2	1
	1 à 5 ans	3	12	0.731
	5 à 10 ans	3	7	1
	> 10 ans	7	17	0.764

Annexe 6 : Analyse de l'incitation à la vaccination antigrippale (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	1
	41 à 50 ans	0	2	1
	51 à 60 ans	2	4	1
	61 à 70 ans	4	11	1
	71 à 80 ans	8	12	0.213
	> 80 ans	1	6	0.658
Genre	Homme	11	25	0.752
	Femme	4	12	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	1	2	1
	1 à 5 ans	1	14	<u>0.040</u>
	5 à 10 ans	3	7	1
	> 10 ans	10	14	0.073

Annexe 7 : Analyse de l'utilité de la fiche en général, pour les MG, pour les spécialistes et pour les patients

Utilité de la fiche pour le MG selon les patients (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	2	0	1
	41 à 50 ans	2	0	1
	51 à 60 ans	5	1	0.219
	61 à 70 ans	14	1	0.498
	71 à 80 ans	20	0	0.517
	> 80 ans	7	0	1
Genre	Homme	34	2	1
	Femme	16	0	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	3	0	1
	1 à 5 ans	15	0	1
	5 à 10 ans	10	0	1
	> 10 ans	23	1	0.462

Utilité de la fiche pour les spécialistes selon les patients (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	1
	41 à 50 ans	0	2	1
	51 à 60 ans	1	5	1
	61 à 70 ans	4	11	0.419
	71 à 80 ans	4	16	0.719
	> 80 ans	0	7	0.331
Genre	Homme	6	14	1
	Femme	2	30	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	0	3	1
	1 à 5 ans	1	14	0.412
	5 à 10 ans	2	7	0.642
	> 10 ans	5	19	0.447

Utilité générale de la fiche selon les patients (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	2	0	1
	41 à 50 ans	2	0	1
	51 à 60 ans	5	1	0.540
	61 à 70 ans	13	2	1
	71 à 80 ans	17	3	0.664
	> 80 ans	7	0	0.580
Genre	Homme	34	2	0.163
	Femme	13	3	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	3	0	1
	1 à 5 ans	13	2	1
	5 à 10 ans	9	1	1
	> 10 ans	21	3	1

Utilité de la fiche pour les patients selon eux-mêmes (n=52)

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	0.090
	41 à 50 ans	1	1	0.525
	51 à 60 ans	4	2	1
	61 à 70 ans	10	5	1
	71 à 80 ans	15	5	0.549
	> 80 ans	6	1	0.415
Genre	Homme	27	9	0.206
	Femme	9	7	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	1	2	0.221
	1 à 5 ans	11	4	0.752
	5 à 10 ans	5	5	0.251
	> 10 ans	19	5	0.229

Annexe 8 : Analyses concernant l'implication du patient, un meilleur suivi, une meilleure compréhension du suivi

Le patient se sent-il plus impliqué dans la prise en charge de sa pathologie grâce à la fiche

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	0.115
	41 à 50 ans	0	2	0.115
	51 à 60 ans	4	2	1
	61 à 70 ans	9	6	0.749
	71 à 80 ans	14	6	0.766
	> 80 ans	7	0	0.081
Genre	Homme	26	10	0.206
	Femme	8	8	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	0	3	0.037
	1 à 5 ans	12	3	0.208
	5 à 10 ans	5	5	0.287
	> 10 ans	17	7	0.562

La fiche permet-elle un meilleur suivi de la pathologie par le MG ?

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	0	2	0.027
	41 à 50 ans	1	1	0.319
	51 à 60 ans	5	1	1
	61 à 70 ans	13	2	1
	71 à 80 ans	17	3	1
	> 80 ans	7	0	0.331
Genre	Homme	32	4	0.113
	Femme	11	5	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	1	3	0.074
	1 à 5 ans	13	2	1
	5 à 10 ans	8	2	1
	> 10 ans	21	2	0.480

La fiche permet-elle une meilleure compréhension de la prise en charge ?

		Oui	Non	p
Age (par tranches)	< 40 ans	1	1	0.525
	41 à 50 ans	1	1	0.525
	51 à 60 ans	5	1	0.653
	61 à 70 ans	12	3	0.340
	71 à 80 ans	11	9	0.122
	> 80 ans	6	1	0.415
Genre	Homme	27	9	0.206
	Femme	9	7	
Durée d'évolution du diabète	< 1an	2	8	1
	1 à 5 ans	10	2	1
	5 à 10 ans	8	5	0.705
	> 10 ans	16	1	0.769

X. RÉSUMÉ

Évaluation d'une fiche de suivi annuel pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2 dans un cabinet de médecine générale

Introduction : Le diabète de type 2 est une pathologie chronique ayant une forte incidence dont les complications sont graves. Environ 87 % des patients diabétiques sont pris en charge par leur médecin généraliste. Les consultations de réévaluation de traitement sont des consultations longues et complexes. Afin de faciliter la prise en charge, un cabinet de médecine générale propose depuis plus de 10 ans aux patients diabétiques une fiche de suivi annuel résumant les événements importants du suivi : examen clinique, examens biologiques et paracliniques, consultations spécialisées.

Objectifs : Recueillir l'avis des patients sur l'utilité et l'utilisation d'une fiche de suivi annuel concernant l'aide à la régularité du suivi (consultations régulières de médecine générale ou spécialisées et régularité des examens paracliniques). Nous avons aussi cherché d'autres utilisations et évalué son utilité en général.

Matériels et méthodes : Cette étude épidémiologique descriptive observationnelle quantitative a inclus tous les patients diabétiques de type 2 du cabinet de médecine générale utilisant la fiche. Leur avis a été recueilli via un questionnaire.

Résultats : 52 patients ont été inclus, majoritairement des hommes (69%). 69.2% des patients ont déclaré que la fiche les aidait à effectuer un suivi plus régulier chez les spécialistes, 63.5% d'entre eux ont déclaré réaliser plus régulièrement les examens paracliniques (biologiques et imageries) grâce à la fiche. 48.1% des patients regardaient leur fiche à domicile. 88% des patients ont estimé que la fiche était utile en général, 84.6% des patients pensaient être mieux pris en charge par leur médecin traitant qui utilisait cette fiche et environ deux tiers des patients ont estimé mieux comprendre leur suivi en se sentant plus impliqués dans leur prise en charge. Seulement un tiers environ des patients a déclaré que la fiche était utile pour le suivi de leur poids, leur pression artérielle, leur HbA1c et seulement 28.8% des patients étaient incités à la vaccination antigrippale par la fiche.

Conclusion : Notre étude montre que la majorité des patients interrogés pensent qu'une fiche de suivi apporte une aide permettant d'effectuer un suivi régulier de leur pathologie.

Mots clés : médecine générale, diabète type 2, fiche, suivi.

XI. ABSTRACT

Title: Evaluation of an annual follow-up sheet for the management of type 2 diabetic patient in a general practice.

Purpose: To collect patients' opinions on the usefulness and use of an annual follow-up sheet concerning help with the regularity of the follow-up (regular consultation of general or specialized medicine and regularity of paraclinical examinations)

Methods and materials: This quantitative descriptive observational epidemiological study included all type 2 diabetic patients from a general medicine practice in Vaucluse. Their opinion was collected via a questionnaire.

Results: 52 patients were included, mostly men (69%). 69.2% of patients declared that the follow up sheet helped them to have a regular follow up at medicine specialized, 63.5 said that they do regularly their paraclinical examinations (biological and imaging) thanks to the follow-up sheet. 48.1% of patients watch their follow-up sheet at home. 88% of patients felt that the follow-up sheet was useful in general, 84.6% of patients thought that they were better taken care by their general practitioner who used this sheet and about two-thirds of patients felt that they had a better understanding of their follow-up by feeling more involved in their management. Only about one-third of patients reported that the follow-up sheet was useful for tracking their weight, blood pressure, HbA1c and only 28.8% of patients were encouraged to receive influenza vaccination by the follow-up sheet.

Conclusion: Our study shows that patients interviewed think that the follow-up sheet is helpful to regularly monitor their pathology.

Key words: Type 2 diabetes, general medicine, follow-up sheet, monitoring

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