



HAL
open science

Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : étude observationnelle des pratiques des médecins généralistes et de leurs attentes vis à vis d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier (Une enquête dans le bassin martégal)

Nayan So

► **To cite this version:**

Nayan So. Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : étude observationnelle des pratiques des médecins généralistes et de leurs attentes vis à vis d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier (Une enquête dans le bassin martégal). Sciences du Vivant [q-bio]. 2025. dumas-04902696

HAL Id: dumas-04902696

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04902696v1>

Submitted on 21 Jan 2025

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.

Education Thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2 : Etude observationnelle des pratiques des médecins généralistes et de leurs attentes vis à vis d'un renforcement d'éducation thérapeutique en hospitalier (une enquête dans le bassin martégal)

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Janvier 2025

Par Monsieur Nayann SO

Né le 4 janvier 1995 à Pertuis (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur KERDAT Clémentine

Directeur

Madame le Docteur (MCA) GUILLOT Laure

Assesseur

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

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
Chargés de mission		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
Chargés de mission		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEJOU Jacques
	ALBANESE Jacques		DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHIERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DENIS Danièle
	AMBROSI Pierre		DESSI Patrick
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DEVRED Philippe
	ASSADOURIAN Robert		DJIANE Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		DONNET Vincent
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUCASSOU Jacques
	AZORIN Jean-Michel		DUFOUR Michel
	BAILLE Daniel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		DURAND Jean-Marc
	BARDOT Jacques		ENJALBERT Alain
	BARDOT André		ERARD Jacques
	BERARD Pierre		FAUGERE Gérard
	BERGOIN Maurice		FAVRE Roger
	BERLAND Yvon		FIECHI Marius
	BERNARD Dominique		FARNARIER Georges
	BERNARD Jean-Louis		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERTRAND Edmond		FONTES Michel
	BISSET Jean-Pierre		FOUREL Jean
	BLANC Bernard		FRANCES Yves
	BLANC Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BOLLINI Gérard		FUENTES Pierre
	BONGRAND Pierre		GABRIEL Bernard
	BONNEAU Henri		GALINIER Louis
	BONNET Jean-Louis		GALLAIS Hervé
	BONNOIT Jean		GAMERRE Marc
	BORY Michel		GARCIN Michel
	BOTTA Alain		GARNIER Jean-Marc
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GAUTHIER André
	BOUBLI Léon		GERARD Raymond
	BOURGEADE Augustin		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOUVENOT Gilles		GIUDICELLI Sébastien
	BOUYALA Jean-Marie		GOUDARD Alain
	BREMOND Georges		GOUIN François
	BRICOT René		GRILLO Jean-Marie
	BRUNET Christian		GRIMAUD Jean-Charles
	BUREAU Henri		GRISOLI François
	CAMBOULIVES Jean		GROB Jean-Jacques
	CARTOUZOU Guy		GROULIER Pierre
	CAU Pierre		GUYS Jean-Michel
	CHABOT Jean-Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	CHAMLIAN Albert		HARLE Jean-Robert
	CHARPIN Denis		HASSOUN Jacques
	CHARREL Michel		HEIM Marc
	CHAUVEL Patrick		HOUEL Jean
	CHOUX Maurice		HUGUET Jean-François
	CIANFARANI François		JAQUET Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		JAMMES Yves
	CLEMENT Robert		JOUVE Paulette
	COMBALBERT André		JUHAN Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		JUN Pierre
	CORRIOL Jacques		KAPHAN Gérard
	COULANGE Christian		KASBARIAN Michel
	CURVALE Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CRAVELLO Ludovic		LACHARD Jean
	DALMAS Henri		LAFFARGUE Pierre
	DE MICQ Philippe		LAUGIER René

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	LE TREUT Yves	MM	RAOULT Didier
	LEGRE Régis		REBOUL Maurice
	LECHEVALLIER Eric		RICHAUD Christian
	LEVY Samuel		RIDINGS Bernard
	LOUCHET Edmond		ROCHAT Hervé
	LOUIS René		ROHNER Jean-Jacques
	LUCIANI Jean-Marie		ROUDIER Jean
	MAGALON Guy		ROUX Hubert
	MAGNAN Jacques		ROUX Michel
	MALLAN- MANCINI Josette		RUF0 Marcel
	MALMEJAC Claude		SAHEL José
	MARANINCHI Dominique		SALAMON Georges
	MARIANI Paul		SALDUCCI Jacques
	MARTIN Claude		SALVADORI André
	MARTINI Louis		SAMBUC Roland
	MATTEI Jean François		SAN MARCO Jean-Louis
	MERCIER Claude		SANKALE Marc
	MICHEL Jean		SARACCO Jacques
	MICHOTEY Georges		SARLES Jacques
	MIRANDA François		SARLES - PHILIP Nicole
	MONFORT Gérard		SASTRE Bernard
	MONGES André		SCHIANO Alain
	MONGIN Maurice		SEBAHOUN Gérard
	MOULIN Guy		SEITZ Jean-François
	MUNDLER Olivier		SERMENT Gérard
	NAZARIAN Serge		SIMEONI Horace
	NICOLI René		SIMON Jean
	NOIRCLERC Michel		SOULAYROL René
	OLIVE Daniel		TAMALET Jacques
	OLMER Michel		TARANGER-CHARPIN Colette
	OREHEK Jean		THIRION Xavier
	ORTHLIEB Jean-Daniel		THOMASSIN Jean-Marc
	PANUEL Michel		TRIGLIA Jean-Michel
	PAPY Jean-Jacques		UNAL Daniel
	PAULIN Raymond		VAGUE Philippe
	PELOUX Yves		VAGUE/JUHAN Irène
	PENAUD Antony		VANUXEM Paul
	PIANA Lucien		VERVLOET Daniel
	PICAUD Robert		VIALETTES Bernard
	PIGNOL Fernand		WEILLER Pierre-Jean
	POGGI Louis		ZATTARA Henri
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		

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	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

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

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

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

Direction Administrative - RH -

MAJ 01.09.2024

EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
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	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
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	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2024

Direction Administrative - RH -

MAJ 01.09.2024

EMERITAT

2024		
Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYOT-CECCALDI Laurent
AMABILE Philippe	COUDERC Anne-Laure	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	CUNY Thomas	HOUVENAEGHEL Gilles
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HRAIECH Sami
AUDOIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JOUVE Jean-Luc
AZULAY Jean-Philippe	DAUMAS Aurélie	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DAVID Thierry	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'ERCOLE Claude	<i>KERBAUL François (détachement)</i>
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DEHARO Jean-Claude	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DELAPORTE Emmanuel	LAGIER David
BARTOLI Michel	DEVILLIER Raynier	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BAT Flora	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBOURG Grégory	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DUFOUR Henry	LE GALL Michel
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	ESCLASSAN Rémi	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BIRNBAUM David	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BLAISE Didier	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BLANC Julie	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLONDEL Benjamin	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BOISSIER Romain	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FOTI Bruno	MEYER/DUTOUR Anne
BONELLO Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOULATE David	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MONNET-CORTI Virginie
BUKIET Frédéric	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CERMOLACCE Michel	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHANEZ Pascal	GONZALEZ Jean- Michel	PAGANELLI Franck
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRAILLON Thomas	PAPAZIAN Laurent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	PAROLA Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	PELLETIER Jean
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	PERRIN Jeanne
CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis	PESENTI Sébastien

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PETIT Philippe	RUQUET Michel	TROPIANO Patrick
PHAM Thao	SALAS Sébastien	<i>TSIMARATOS Michel (détachement)</i>
PHILIP-ALLIEZ Camille	SARLON-BARTOLI Gabrielle	TURRINI Olivier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VALERO René
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VELLY Lionel
POINSO François	SIELEZNEFF Igor	VEY Norbert
RADULESCO Thomas	SIMON Nicolas	VIDAL Vincent
RANQUE Stéphane	STEIN Andréas	VIENS Patrice
RASKIN Anne	SUISSA Laurent	VILLA Antoine
REGIS Jean	TABOURET Emeline	VILLANI Patrick
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	VITON Jean-Michel
REYNAUD Rachel	TARDIEU Corinne	VITTON Véronique
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TARDIVO Delphine	<i>VIEHWEGER Heide Elke (détachement)</i>
<i>RICHERI Raphaëlle (disponibilité)</i>	TASSERY Hervé	<i>VIVIER Eric (disponibilité)</i>
ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCH Antoine	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCHWERGER Richard	TOMASINI Pascale	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	



PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

<i>AHERFI Sarah (disponibilité)</i>	GAUBERT Jacques	NINOVE Laetitia
<i>ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)</i>	GAUDRY Marine	NOIRRI-ESCLASSAN Emmanuelle
ANTEZACK Angéline	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	PAULMYER/LACROIX Odile
ARCANI Robin	GIRAUDEAU Anne	PEDINI Pascal
<i>ATLAN Catherine (disponibilité)</i>	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PIZZO Francesca
<i>BALLESTER Benoit</i>	GOROKHOVA Svetlana	POMMEL Ludovic
BARON Sophie	GOURIET Frédérique	PRECKEL Bernard-Eric
BEGE Thierry	GRIMALDI Stéphane	PROST Solène
BELLONI Didier	GUERIN Carole	RE Jean-Philippe
BENYAMINE Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	RESSEGUIER Noémie
BLANCHET Isabelle	GUIBVARC'H Maud	ROBERT Philippe
BOBOT Mickael	GUIVARCH Jokthan	ROBERT Thomas
BOHAR Jacques	HABERT Paul	ROCHE-POGGI Philippe
BONINI Francesca	HAK Jean-François	ROCHIGNEUX Philippe
BOUCRAUT Joseph	HAUTIER Aurélie	ROMANET Pauline
BOULAMERY Audrey	HEIM Xavier	<i>SABATIER Renaud (disponibilité)</i>
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>SARI-MINODIER Irène (détachement)</i>
<i>BOUSSEN Salah Michel (détachement)</i>	JACQUOT Bruno	SAULTIER Paul
BUFFAT Christophe	JALOUX Charlotte	SAVEANU Alexandru
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	SILVESTRI Frédéric
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	STELLMANN Jan-Patrick
CAMPANA Fabrice	KORCHIA Théo	STEPHAN Grégory
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	SUCHON Pierre
CASAZZA Estelle	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAGARDE Stanislas	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHOPINET Sophie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELY Frédéric
CHRETIEN Anne-Sophie	LAMBERT Isabelle	VENTON Geoffroy
COZE Carole	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	LAURENT Michel	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	LORENZO Diane	
DELLIAUX Stéphane	LUCIANI Léa	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DUCONSEIL Pauline	MALISSEN Nausicaa	
DUFOUR Jean-Charles	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
ELDIN Carole	MEGE Diane	
FOLETTI Jean- Marc	MENSE Chloé	
FRANKEL Diane	MENU Estelle	
FROMNOT Julien	MORAND-HUGUET Aurélie	
GARCIAZ Sylvain	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
GASTALDI Marguerite	NETTER Antoine	



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	LAVERNY Oskar	THOLLON Lionel
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	ZAKARIAN Carole
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	
DESNUES Benoit	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
DE LAPEYRIERE Camille
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anais
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphane

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

PARDOUX Eric
SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONTIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) <i>disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p> <p>SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) <i>disponibilité</i> XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>APPAY Romain (MCU-PH) DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) <i>disponibilité</i></p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) DUBOURG Grégory (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>disponibilité</i> ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) <i>disponibilité</i> BARON Sophie (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) LUCIANI Léa (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>BRUDER Nicolas (PU-PH) LAGIER David (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH) ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) <i>détachement</i></p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MARLINGE Marion (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH) FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

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)

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

PROST Solène (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (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)
 TABOURET Emeline (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
 SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 BIRNBAUM David (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)
 CHOPINET Sophie (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

BOULATE David (PU-PH)
 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)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

LORENZO Diane (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BLANC Julie (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

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

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

NETTER Antoine (MCU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

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

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

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

GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 PEDINI Pascal (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH) *disponibilité*

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 HEIM Xavier (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

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)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
 KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH) *Retraite 1/12/2024*
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINER Nicolas (PU-PH)
 Directeur Administratif - RH

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) *détachement*

MAJ 01.09.2024

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
-------------------------------	-------------------------

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

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

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

NEUROLOGIE 4901

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

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

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

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)
GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

MICHEL J. Directeur Administrative - RH

MAJ 01.09.2024

NICOLLAS Richard (PU-PH)
RADULESCO Thomas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH) *disponibilité*
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

PHILOSOPHIE 17

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MENU Estelle (MCU-PH)

PARDOUX Eric (ATER)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

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

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

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

COZE Carole (MCU-PH)
MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)
SAULTIER Paul (MCU-PH)

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

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

CERMOLACCE Michel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) *disponibilité*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

KORCHIA Théo (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

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

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLAUD Christiane - RH

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

MAJ 01.09.2024

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GANNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)
 AMANIA Audrey (LRU)
 SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

LE GALL Michel (PU-PH)
 PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
 TARDIEU Corinne (PU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
 BOHAR Jacques (MCU-PH)
 CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)
 NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
 BELLONI Didier (MCU-PH)
 CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
 ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 TARDIVO Delphine (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 65

ABOUT Imad (PR)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

BUKIET Frédéric (PU-PH)
 ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
 RASKIN Administrative - RH

MAJ 01.09.2024

Remerciements

Aux membres du jury

A monsieur le Professeur Gaëtan Gentile,

Je vous exprime ma profonde gratitude pour avoir accepté de présider cette thèse. Recevez mes sincères remerciements ainsi que l'expression de mon plus grand respect pour l'attention que vous avez apportés à ce travail

À madame le Docteur Laure Guillot,

Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie du jury de cette thèse.

A madame le Docteur Clémentine Kerdat

Je tiens à te remercier pour ton accompagnement tout au long de ce projet de thèse. Ta disponibilité, tes conseils et ton soutien ont été d'une grande aide et m'ont permis d'avancer avec confiance. Merci pour ton implication et ta bienveillance.

A ma famille

À mon papa et ma maman , merci de me soutenir et de m'accompagner depuis maintenant 30 ans ... Merci pour votre affection et votre soutien à tout épreuve. Merci de vous être battus au quotidien pour nous offrir, à Teva et à moi, les meilleures chances de nous accomplir dans la vie. Je suis profondément fier de vous et des valeurs que vous m'avez transmises. J'espère pouvoir vous rendre un jour tout ce que vous m'avez donné

Je vous aime

À Teva, avec toi, j'ai grandi et partagé tant de choses. Tu es sans doute une des personnes qui me connaît le mieux. Je suis désolé d'avoir parfois été dur quand nous étions plus jeunes, mais sache que ta présence et ton soutien constant, dans les bons comme dans les mauvais moments, compte énormément pour moi. Je suis très fier de la personne que tu es devenu. Je suis heureux que tu aies trouvé quelqu'un comme Sabine pour t'accompagner. N'oublie jamais que je marcherai à tes côtés, quoi qu'il arrive, jusqu'au bout.

Je t'aime mon frère

A Justine, ma bibs, ma chewby , merci d'être entrée dans ma vie . Cela fait 3 ans que tu illumines mon quotidien avec ton énergie débordante. Merci de me motiver chaque jour à être quelqu'un de meilleur même si la tâche n'est pas toujours facile je te l'accorde. Mon amour pour toi grandit de jour en jour et j'ai hâte d'attaquer cette nouvelle étape de ma vie avec toi. Je suis rassuré et heureux de t'avoir à mes côtés

Je t'aime ma chérie

A Marie Christine, merci d'avoir été présente tout au long de notre enfance et encore aujourd'hui. Merci nous avoir gardé a Rognes dans ta petite maisonnette où s'entremêlaient les odeurs réconfortantes des casseroles sur le feu et du poêle à bois , merci de nous avoir fait partager ta passion pour la nature et les balades . Je t'embrasse bien fort

A Tristan et Théo, mon tonton et mon cousin de choc, toujours prêt à vivre de nouvelles aventures. Je vous embrasse

A Brigitte et Jean Philippe, merci d'être des belles personnes, merci de m'avoir accueilli avec simplicité et bienveillance dans votre famille et merci de m'avoir aidé à boucler cette thèse . Brive la gaillarde ça ne sera plus UFPA.

A mes amis de la fac

A Rebecca, je ne sais pas si tu sais à quel point tu es quelqu'un d'important pour moi. Malgré les difficultés tu restes toujours présente, bienveillante et à l'écoute. A toutes nos soirées qui n'en finissent pas où l'on refait le monde entre un blind test, une contrée et un time's up de temps en temps ... Sois heureuse et n'oublie pas de laisser briller ta lumière, je serai toujours là pour toi.

A Ariane, merci pour ta douceur, ta gentillesse et tes bons petits plats . Tu es le petit rayon de soleil dont j'ai besoin dans ma vie. Merci pour ces séjours à St Ambroix ou nous avons tant ri et partagé de beaux moments d'amitié. Je t'embrasse fort

A Paul, merci d'être l'ami solide sur qui on peut compter en toute circonstance dans la vie comme dans la faille. Merci de m'avoir laissé une place dans ton lit quand j'en avais besoin (je parle de celui d'Oraison) . Bise mon frerot

A Mehdi, merci d'être toujours là quand je n'ai pas d'endroit où dormir (entre autre) . A tous ces lendemains de soirée plein de projets qui ont plus ou moins abouti. Merci de m'avoir accompagné dans toute ces après-midis farfelus même quand c'était pour aller attraper des pokémons à Borely. Je suis heureux que tu te réalises pleinement avec Claire. Gros bisous à tous les deux

A Raphael, la personne avec qui j'ai vécu le plus longtemps en collocation pour le meilleur mais aussi le pire. Grâce à toi j'ai découvert ce qu'était la folie qui cache un grand cœur. A notre amitié qui représente à la fois « rien et tout » (je suis sûr que tu as la ref !) . Je t'embrasse mon bro

A Christopher, mon comparse, avec qui j'ai fait mes premiers pas dans ces années folles et partagé tellement de fou rire « DRAGONNNNN !!! ». Merci d'être un ami fidèle. Je sais que tu seras toujours là pour me « passer l'os ». Embrasse Marie pour moi

A Jean Loup « mon capitaine, mon roi ». Merci pour ta bienveillance, merci de partager ma passion pour les jeux de société et les films épiques. Merci d'être là pour apporter réconfort et joie à ceux qui t'entourent. Embrasse Léna pour moi.

À Alex, merci pour ta générosité et ton sens de l'amitié. On ne se voit pas aussi souvent que je le voudrais, mais chaque fois, c'est l'occasion de vivre des super moments ensemble. Je t'embrasse

A Caroline, ma petite bretonne, merci pour ta gentillesse et ton sens du style. Je suis heureux que tu sois revenu dans le sud avec Totor. Merci d'être là. Je vous embrasse fort tous les deux

A Elsa, la petite cagole marseillaise, merci d'être toujours présente depuis toutes ces années. Je suis content que tu kiffes autant ta vie avec Robin. Embrasse le pour moi.

A Marine, merci pour ces après-midis contrées piscine, ton sourire et ta bonne humeur toujours présente. Vivement que tu reviennes de ton exil pour qu'on puisse se voir plus souvent

A Pauline, merci pour la folie qui émane de toi et me fait tant rire. Merci pour ces journées pêche avec Pipou. Je t'embrasse

A Tibi et à cette ascension en raquette de lendemain de soirée qui nous a permis de nous questionner mutuellement sur le sens que l'on voulait donner à notre vie. J'espère partager encore de nombreux moments comme ça avec toi. Embrasse Noémie pour moi

A Arthur, la guigne, ce fidèle moussaillon toujours partant pour les bon mais surtout les mauvais coups . Merci pour ton humour facile et ta bonne humeur constante. Reste le même.

A Romain, la boss, merci d'être là pour organiser des évènements toujours réussis et réunir toute cette bande de joyeux lurons, t'es au top. Embrasse Anne Charlotte pour moi

Et a tous les autres : Muss , Elina , Romane , Camille , Andréas , Sahbi , Maxime , Hugo , Ashraf , Lucas . Merci de votre présence depuis toutes ces années, d'être des belles personnes qui apportent toujours une super énergie, on a partagé tellement de bon moment ensemble que je ne les compte plus. Je suis heureux de vous compter parmi mes amis et j'espère pouvoir profiter de vous encore longtemps

A mes amis du Lycée

A Kristel, ma globe trotteuse merci d'être présente en toute circonstance depuis notre rencontre sur les bancs du lycée. Je sais que je peux compter sur toi même si tu me réponds toujours après 1 mois. A toutes ces aventures que nous avons passés ensemble qui se finissent bien trop souvent en auto-stop et panne de voiture ... J'espère qu'elles seront encore nombreuses néanmoins ! Embrasse bien Yann pour moi.

A Benoît avec qui j'ai partagé tellement de fou rire sur les bancs de PACES, du resto U ou sur les terrains du city de Gémenos a essayer de faire du break dance ... A toutes nos soirées ciné MacDo. Merci de m'avoir fait découvrir la Guyane et surtout merci pour ton amitié. Embrasse bien Gégé et Thomas pour moi.

A Manu, merci de m'avoir prêté un matelas dans ta piaule quand on était étudiant à se mater des épisodes de Friends le matin avant d'aller en cours. Merci de m'avoir maintenant prévu une maison à Istres au cas où ... Je suis heureux de te retrouver après ces années que tu as passé au Portugal. Embrasse bien Stéphanie (ou Mélanie je sais plus.) Et Sacha pour moi

A Audrey, qui est parti beaucoup trop tôt loin du soleil de Provence, mais que je prends toujours autant plaisir à revoir. Merci pour toutes ces soirées à la Bouilladisse avec Kristel, Lucas et Micka. Je suis heureux que tu sois pleinement épanoui dans ta vie avec Romain et vos enfants. Je vous embrasse bien fort

Et aux autres..

A Aurelia, ma plus vieille amie, quel joie de t'avoir retrouvé après toute ces années ou tu étais parti en nouvelle Calédonie . Merci de m'avoir invité à presque tous tes anniversaires et d'être toujours de bon conseil. Je te souhaite plein de réussite dans tous tes futurs projets. Je t'embrasse

A Bryan, avec qui j'ai vécu la plus folle aventure de ma vie, je sais pas si on était bien préparé mais on s'en est bien sorti malgré tout !! Merci d'être le mec le plus drôle que je connaisse et merci pour ton amitié. A nos prochaines aventures. Bises frérot

A Damien, mon sparring Partner de tennis , même si ça commence à faire longtemps que j'ai raccroché la raquette , merci pour ta droiture et ta fidélité en amitié . J'espère vous voir plus souvent avec Sarah . Je vous embrasse fort

A mes belles rencontres de l'internat

A Anaïs , ma champsaurine préférée avec qui j'ai fait mes premiers pas dans cet internat à Barcelonnette , merci pour ta gentillesse et ta bienveillance . Merci d'avoir accepté Lebron dans cette colocation en Ubaye. A toute ces soirées film et raclette avec Laure et Romain . Tu as rendu ce premier confinement plus doux. Je t'embrasse

A Maxence, l'athlète au grand cœur , merci pour tous ces moments de rire aux urgences de Toulon , et toute ces discussions autour d'une pinte de bière . Tu es un mec en or . Je t'embrasse

A Laura, ma co-interne de gynéco du feu de dieu , merci de m'avoir réconforté et soutenu pendant ce stage qui m'angoissé tant . A nos soirées blind test disney et nos repas poke bowl le midi ou on bitché avec Sabrina. Je t'embrasse

A Pascal, mon super co interne de médecine C , merci d'avoir été présent tout au long de ce stage : « le Job il est fait » . Je t'embrasse

A la coloc du Hérisson : Jules, Fanny , Natacha , Laura , merci d'avoir rendu ce 2eme confinement plus vivable , à toutes ces soirées jeux de société / contrée , ces rires , je n'ai pas vu le temps passer avec vous , je vous adore .

A Arthur, mon jaguar italien, merci d'être ce mec toujours motivé qu'il vente ou qu'il neige , prêt à traverser les océans et les montagnes pour passer des moments entre amis . Merci d'être aussi fin gourmet que moi et qui sait peut-être à notre futur restaurant. Bise frérot

A Marine, merci d'avoir été présente pendant tout ce stage à Barjols avec « les mecs » . Tu es un petit rayon de soleil. Je t'embrasse

A mes confrères médecins

A Philippe, Nicolas, Brigitte , Jean Luc , Adeline, merci de m'avoir fait confiance pour mes premiers remplacements , vos conseils , votre écoute et votre bienveillance m'ont permis de grandir en tant que personne et en tant que médecin . Je vous embrasse

Au service d'endocrinologue de Martigues : Elisa, Viviane, Victoria merci pour votre gentillesse et votre écoute tout au long de ce stage , j'ai énormément appris avec vous , merci de m'avoir inspirer cette thèse . Je vous embrasse

Table des matières

Introduction.....	12
1. Le Diabète de Type 2 : Généralités.....	12
1.1 Physiopathologie du diabète de type 2.....	12
1.2 Facteurs de risque du diabète de type 2.....	12
1.3 Epidémiologie du diabète de type 2 : Un défi croissant pour la santé publique	13
1.4 Contextualisation de l'éducation thérapeutique dans le diabète de type 2.....	15
2. l'Education thérapeutique du patient dans les maladies chroniques : pierre angulaire de la prise en charge	15
2.1 Histoire de l'éducation thérapeutique	16
2.2 Les objectifs de l'éducation thérapeutique pour les patients.....	17
2.3 Élaboration d'un programme d'Éducation Thérapeutique des Patients	18
2.4 Éducation thérapeutique en médecine générale : Le rôle central du médecin généraliste ...	21
3. Intérêt de l'étude.....	22
4. Objectifs de la recherche.....	23
Matériel et méthode	24
1. Design de l'étude.....	24
1.1 Choix de la méthode quantitative	24
1.2 Population cible.....	24
1.3 Élaboration du questionnaire.....	25
2. Collecte de données	28
3. Analyse des données	29
Résultats	30
1. Taux de participation des médecins à l'enquête	30
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	30
3. Formation à l'ETP	31
3.1 Analyse de l'échantillon.....	31
3.2 Analyse en sous-groupe	31
4. Les objectifs de l'éducation thérapeutique selon les médecins généralistes	32
4.1 Analyse de l'échantillon.....	33
4.2 Analyse en sous-groupe	33
5. Fréquence de réalisation de l'ETP	33
5.1 Analyse de l'échantillon.....	33
5.2 Analyse en sous-groupe	34
6. Modalité de réalisation de l'éducation thérapeutique	35
6.1 Analyse de l'échantillon.....	35
6.2 Analyse en sous sous-groupe	35

7. Représentation personnelle de la place du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2	35
7.1 Analyse de l'échantillon.....	35
7.2 Analyse en sous-groupe	37
8. Les principaux facteurs limitants à la mise en place de l'éducation thérapeutique en médecine générale.....	39
8.1 Analyse de l'échantillon.....	39
8.2 Analyse en sous-groupe	40
9. Recours des médecins généralistes aux programme d'ETP	41
9.1 Analyse de l'échantillon.....	41
9.2 Analyse en sous groupe.....	41
10. Situations/caractéristiques du patient incitant les médecins à orienter vers un programme d'ETP.....	42
10.1 Analyse de l'échantillon	42
10.2 Analyse en sous-groupe	43
11. Perception par les médecins de l'offre de soin en matière d' ETP sur la région du Bassin Martégal	44
11 .1 Analyse de l'échantillon.....	44
11.2 Analyse en sou groupe	45
12. Connaissance du programme d'ETP du CH de Martigues	46
12.1 Analyse de l'échantillon	46
12.2 Analyse en sous-groupe	47
13. Perception des médecins généralistes de leur pratique en termes d'ETP.....	47
13.1 Analyse de l'échantillon	47
13.2 Analyse en sous-groupe	48
14. Domaines de compétence d'ETP à développer en priorité par les patients selon les médecins	48
14.1 Analyse de l'échantillon	48
14.2 Analyse en sous-groupe	48
15. Analyse des compétences spécifiques d'ETP abordés en consultation et des attentes concernant un renforcement en hôpital de jour	49
15.1 Domaine 1 : Connaissance de la maladie et des thérapeutiques médicamenteuses	49
15.2 Domaine 2 : Les compétences d'autosoin/sécurité	53
15.3 Domaine 3 : Les modifications du mode de vie	56
15.4 Domaine 4 : La Prise en charge psycho sociale	60
16. Résultat à la question ouverte : « Avez-vous une ou des suggestions à faire concernant vos attentes vis à vis d'un programme d'ETP hospitalier pour vos patients DT2 ? »	65
Discussion	66
1.Analyse critique de la méthodologie.....	66
1.1 Taux de participation à l'étude.....	66

1.2 Représentativité de l'échantillon	66
1.3 Biais de recrutement	67
1.4 Biais de compréhension	67
1.5 Biais de réponse	67
2. Discussion des résultats	67
2.1 Observation des pratiques actuelles des médecins généralistes en ETP pour les patients diabétiques de type 2	67
2.2 Attente des médecins généralistes vis-à-vis d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier dans le cadre du diabète de type 2	75
2.2.1 Domaine de compétence générale prioritaire à renforcer selon les médecins	75
2.2.2 Compétences spécifiques à renforcer prioritairement au sein d'un programme d'ETP hospitalier selon les médecins	76
2.2.3 Cas de l'aspect psycho social dans le diabète	77
2.2.4 Améliorer la communication sur les programmes	78
3. Implications Pratiques	78
3.1 Renforcer la formation des médecins généralistes à l'ETP	78
3.2 Amélioration la communication sur les programmes	80
3.3 Rendre l'ETP économiquement viable	81
3.4 Intégrer des dimensions prioritaires dans les programmes d'ETP	82
Bibliographie	86
Annexes	94
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins de l'échantillon	94
Annexe 2 : Lettre d'accompagnement du questionnaire	98
Listes des abréviations	99

Introduction

1. Le Diabète de Type 2 : Généralités

1.1 Physiopathologie du diabète de type 2

Le diabète sucré est une affection métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de sucre dans le sang trop élevé) liée à une déficience de la sécrétion ou de l'action de l'insuline, ou des deux.

Il existe deux principales formes de diabète :

- Le diabète de type 1 survient essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune (environ 6 % des cas de diabète) ; C'est une pathologie auto immune
- Le diabète de type 2 (DT2), qui est la forme la plus fréquente (plus de 90 %), survient essentiellement chez l'adulte mais peut apparaître également dès l'adolescence.

Il existe d'autres formes de diabète, comme le diabète gestationnel (qui survient pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement), ou des cas de diabète résultant de conditions spécifiques ou génétiques.

Au cours de son évolution, le diabète peut engendrer de graves complications touchant le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs. Toutefois, un bon contrôle de la maladie peut permettre de réduire considérablement les risques de complications (1) (3)

1.2 Facteurs de risque du diabète de type 2

Les facteurs de risque DT2 sont variés et bien décrits dans la littérature, permettant ainsi une identification précoce et une gestion plus efficace de la maladie.

- **Obésité** : l'obésité est un facteur de risque majeur. Le lien entre l'obésité et le DT2 est bien établi. Une méta-analyse réalisée par l'équipe de Guh et al. en 2009 (4) et publiée dans le journal *PLOS ONE* a montré une association forte entre l'obésité et le risque de développer un DT2. L'excès de graisse corporelle, en particulier dans la région abdominale, est un bon indicateur du risque de DT2.

- **Sédentarité** : le manque d'activité physique régulière est un autre facteur de risque important du DT2. Une étude menée par l'équipe de Hu et al. Publiée dans le *New England Journal of Medicine* en 2001 (5) a révélé un risque accru de développer un DT2 en cas de sédentarité ou d'activité physique insuffisante
- **Hérédité et antécédents familiaux** : Une étude menée par l'équipe de Meigs et al. publiée dans *Diabetes Care* en 2002 (6) a montré que les individus apparentés au premier degré à des sujets atteints de DT2 ont un risque accru de développer la maladie.
- **Alimentation** : une alimentation riche en sucres rapides et en graisses saturées, est liée à l'augmentation du risque de DT2. Une recherche menée par l'équipe de Malik et al. et publiée dans *JAMA* en 2010 (7) a mis en évidence une association entre la consommation de boissons sucrées et le risque de DT2. De plus, une alimentation déséquilibrée peut entraîner une prise de poids, aggravant ce risque.
- **Âge** : le risque de DT2 augmente avec l'âge. Les données de l'étude de l'équipe de Wild et al. publiée dans *Nature* en 2004 (12) indiquent que le risque de DT2 augmente considérablement après 45 ans. Le vieillissement peut contribuer à l'apparition d'une résistance à l'insuline, un facteur clé dans le développement du DT2 contribuant à un épuisement pancréatique

En résumé, le DT2 est une maladie complexe favorisée par de nombreux facteurs de risque. Une connaissance approfondie de ces facteurs, favorisée par les nombreuses études menées sur le sujet, facilite et améliore la prévention et la gestion du DT2 par les praticiens. Cela passe par l'identification et modification des comportements à risque et le dépistage précoce chez les individus à risque.

1.3 Épidémiologie du diabète de type 2 : Un défi croissant pour la santé publique

Le DT2 est devenu un enjeu majeur de santé publique, tant au niveau national qu'international. Avec une prévalence en constante augmentation, il touche 800 millions d'adultes soit 14% de la population mondiale en 2022 avec des répercussions néfastes sur leur qualité de vie (2). En France, plus de 3,8 millions de personnes en sont atteintes, soit 5,3 % de la population, soulignant l'urgence d'une prise en charge efficace et globale pour atténuer l'impact de cette maladie chronique (8)

Le diabète est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, à l'exception des territoires ultra-marins où les femmes sont les plus touchées.

La prévalence croissante du DT2 est étroitement liée à des facteurs tels que le vieillissement de la population, l'urbanisation, les changements dans les habitudes alimentaires et le mode de vie sédentaire.

Cette épidémie mondiale entraîne non seulement des coûts de santé accrus, mais aussi une augmentation des complications liées au DT2, telles que les maladies cardiovasculaires, les complications rénales, les neuropathies et les rétinopathies (2)

Les enjeux épidémiologiques liés au DT2 sont vastes et complexes. Plusieurs études scientifiques ont contribué à éclairer ces enjeux, soulignant l'urgence d'une action concertée pour faire face à cette épidémie croissante.

Wild et al., dans un article publié dans *Nature* en 2004 (15), discutent de l'augmentation alarmante du nombre de personnes atteintes de DT2 à l'échelle mondiale. Ils soulignent l'importance cruciale de la prévention et de la gestion du DT2, tout en insistant sur le rôle essentiel des interventions éducatives et comportementales pour inverser cette tendance.

De même, l'article de Shaw et al. paru dans *Diabetes Research and Clinical Practice* en 2018 (10) met en avant la forte association entre le DT2 et les complications cardiovasculaires, rénales et ophtalmologiques. Cette étude démontre que la gestion inadéquate du DT2 peut engendrer des conséquences dévastatrices sur la qualité de vie des patients ainsi qu'une pression significative sur les systèmes de soins de santé.

Ceci souligne l'importance d'une prise en charge globale et efficace de cette maladie afin d'en atténuer l'impact sur la qualité de vie des patients et sur les ressources médicales. Bien que primordiales et en constante évolution, les avancées médicales, avec notamment l'apparition de traitements de plus en plus efficaces, restent insuffisantes pour endiguer les complications liées à cette épidémie et ne représentent qu'une partie de cette prise en charge. En effet la prévention, l'accroissement de l'éducation des populations semble à ce jour le seul moyen de diminuer l'incidence de cette maladie.

Face à cette réalité, l'éducation thérapeutique des patients (ETP) prend alors tout son sens en tant qu'approche essentielle pour prévenir et atténuer les conséquences du DT2.

1.4 Contextualisation de l'éducation thérapeutique dans le diabète de type 2

Comme décrit précédemment, le diabète de type 2 est une maladie chronique pouvant atteindre plusieurs organes. Il en découle une prise en charge complexe, nécessitant une approche pluridisciplinaire, il est donc un candidat idéal pour l'ETP.

L'ETP est devenue un outil indispensable pour autonomiser les patients diabétiques de type 2 les aidant à prendre en main leur santé en s'adaptant au mode de vie et au contexte familial de chaque patient.

Une revue systématique menée en 2001 publiée dans *Diabetes Care* (11) avait montré que les programmes d'éducation à l'autogestion sont efficaces pour améliorer le contrôle glycémique, les comportements d'autogestion et la qualité de vie des patients atteints de diabète de type 2.

D'autres études ont mis en évidence que lorsque des patients participent à des programmes d'ETP cela a un impact positif sur la gestion de la maladie (12, 13 et 14)

Le concept d'ETP a évolué au fil des décennies pour se hisser au rang de stratégie indispensable dans le traitement des maladies chroniques, dont fait partie le DT2. Cela se traduit en pratique par la mise en place de programmes d'ETP, orientés vers la collaboration active entre professionnels de santé et patients

Au fil des années, l'intérêt grandissant pour l'ETP témoigne de sa valeur ajoutée dans la relation médecin-patient. La synergie entre l'expertise médicale du médecin et l'engagement actif du patient génèrent des résultats prometteurs dans la gestion du DT2.

L'article de Powers et al., publié en juin 2020 dans *Diabetes Care* (9), est un rapport consensuel de plusieurs associations médicales américaines, dont l'American Diabetes Association. Il souligne l'importance de l'ETP pour les adultes atteints de diabète de type 2. En effet, cette approche proactive et centrée sur le patient peut non seulement atténuer les conséquences du DT2, mais aussi contribuer à une meilleure qualité de vie pour les patients et à des coûts réduits.

2. l'Education thérapeutique du patient dans les maladies chroniques : pierre angulaire de la prise en charge

2.1 Histoire de l'éducation thérapeutique

Le concept d'ETP s'est développé à partir d'une observation cruciale : les traitements médicaux ne sont qu'une partie de la solution pour faire face aux défis complexes des maladies chroniques. L'implication active des patients dans leur propre prise en charge est désormais reconnue comme un facteur déterminant pour obtenir des résultats positifs et durables. Cette prise de conscience a conduit à la naissance des premiers programmes d'ETP dans les années 1970, initiés notamment dans les pays anglo-saxons.

L'étude de Anderson et al. (1995), intitulée "Patient Empowerment: Results of a Randomized Controlled Trial", publiée dans *Diabetes Care* (16), a évalué l'impact d'un programme d'autonomisation des patients sur la gestion du diabète montrant des résultats prometteurs sur le contrôle glycémique et les aspects psychosociaux de la vie des patients

En France, l'ETP est officiellement apparue en 1992, avec la mise en place de programmes pilotes soutenus par le Ministère de la Santé. Dès lors, l'ETP a gagné en reconnaissance et en importance, devenant un élément clé dans la prise en charge des maladies chroniques au niveau international. En 1998, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié une définition claire de l'ETP, la définissant comme suit :

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle vise à aider les patients à gérer la maladie et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Elle implique des activités organisées d'information, d'éducation, de soutien psychologique et de développement des compétences, en complément des soins médicaux ». (19)

En 2009, la Hôpital, Santé, Patient, Travail (HPST) portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoire consacre l'article 84 à l'éducation thérapeutique (20). Elle est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique. Elle instaure un cadre légal formel pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, avec l'émergence de programmes d'ETP pluridisciplinaires.

L'évolution de la prise en charge médicale a fait de l'ETP un élément essentiel du système de santé notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. De nombreux programmes d'ETP ont été conçus au cours du temps et sont à présent

largement répandus et utilisés dans les différentes régions du monde, preuve de leur efficacité en termes de bénéfice thérapeutique mais aussi qualité de vie.

2.2 Les objectifs de l'éducation thérapeutique pour les patients

Dans sa recommandation de juin 2007 la HAS (Haute autorité de santé) définit les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique comme **étant l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins et d'adaptation par rapport à sa maladie.** (23)

Plusieurs études insistent sur l'importance de l'autonomisation des patients dans la gestion du DT2(16) (24). Le programme d'ETP doit aider les patients à développer des compétences et une confiance en eux pour gérer la maladie au quotidien. Cette étude suggère que l'élaboration d'un programme d'ETP efficace doit intégrer des stratégies visant à renforcer l'auto-efficacité des patients.

Plus spécifiquement, l'ETP vise à atteindre plusieurs objectifs essentiels pour les personnes atteintes de maladies chroniques, dont voici les principaux :

- **Compréhension de la maladie** : L'un des premiers objectifs de l'ETP est d'aider les patients à comprendre leur maladie. Cela inclut la nature de la maladie, ses causes potentielles, son évolution, ses symptômes et ses conséquences sur la santé.
- **Autonomie dans la gestion de la maladie** : L'ETP vise à autonomiser les patients en leur fournissant les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer leur maladie. Cela englobe la prise de médicaments, la surveillance de la glycémie, la gestion de l'alimentation, la pratique d'une activité physique, etc.
- **Amélioration de l'observance thérapeutique** : L'observance thérapeutique, c'est-à-dire le respect des recommandations médicales, est cruciale pour le contrôle des maladies chroniques. L'ETP vise à renforcer l'adhésion des patients au traitement, en expliquant l'importance de suivre les indications médicales.
- **Prévention des complications** : L'ETP aide les patients à connaître les risques évolutifs de la maladie et les mesures préventives pour en réduire leur incidence. Elle nécessite un suivi médical régulier et des changements de mode de vie du patient.

- **Amélioration de la qualité de vie** : L'ETP a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients en les aidant à gérer la maladie de manière à minimiser son impact sur leur quotidien. Cela inclut la gestion de la douleur, la réduction du stress lié à la maladie, et l'amélioration du bien-être général.
- **Renforcement de la confiance en soi** : Les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent souvent se sentir dépassées par leur condition. L'ETP vise à renforcer la confiance qu'elles ont en elle en les confortant dans leur capacité de jouer un rôle actif dans leur propre prise en charge. L'objectif est de repositionner le patient en « acteur de soins »
- **Promotion de l'autonomie** : L'ETP encourage les patients à prendre des décisions éclairées sur leur santé. Cela inclut la capacité à évaluer les informations médicales, à poser des questions à l'équipe de soins, et à participer activement aux choix de traitement.
- **Communication avec l'équipe de soins** : L'ETP favorise la communication ouverte et efficace entre le patient et son équipe de soins de santé. Cela permet au patient de partager ses préoccupations, de signaler les symptômes, et de travailler en collaboration avec les professionnels de la santé pour optimiser le traitement.
- **Réduction des coûts de santé** : En aidant le patient à gérer sa maladie de manière proactive, l'ETP peut contribuer à réduire les coûts de santé au long terme. Une meilleure gestion des maladies chroniques peut éviter les hospitalisations et les complications coûteuses.

En résumé, l'ETP favorise une approche holistique de la prise en charge de la maladie, en mettant le patient au centre de ses propres soins.

2.3 Élaboration d'un programme d'Éducation Thérapeutique des Patients

Depuis le 1^{er} janvier 2021 les programmes d'éducation thérapeutique sont soumis à une déclaration obligatoire auprès des agences régionales de santé (ARS) et doivent être conformes au cahier des charges nationales fixés par l'arrêté du 30 décembre 2020 (26)

Le cahier des charges doit comprendre entre autres :

-La mise en place du programme par : Un établissement de santé (public ou privé), une structure d'exercice collectif (centre de santé/maison de santé/pôle de santé), un réseau de santé, une association, l'assurance maladie dans le cadre des centres d'examens de santé et la sécurité sociale agricole, une mutuelle ou une autre assurance complémentaire, une fondation, une municipalité.

-Une initiation du programme par au moins deux professionnels de santé de professions différentes (dont au moins un médecin) justifiant d'une formation à l'ETP

- Les objectifs du programme doivent être bien définis, de même que les critères de jugement de son efficacité, les outils pédagogiques utilisés et les modalités de son déroulement

- Les procédures de coordination des intervenants au sein du programme en ce qui concerne l'échange d'information

-Une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et une évaluation du déroulement du programme, elle s'ajoute à une évaluation quadriennale du programme. Ces deux démarches d'évaluation s'appuient sur les recommandations et guides méthodologiques élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS). (27)

La mise en place efficace d'un programme d'ETP est donc bien normée et nécessite des praticiens et soignants ayant suivi une formation spécifique, ainsi qu'une structure, des locaux et des outils adaptés.

Dans le cadre du DT2, le programme doit s'adapter aux spécificités de cette maladie chronique, en prenant en compte des éléments tels que la physiopathologie du DT2, les mesures hygiéno-diététiques, la surveillance des complications, et la gestion des médicaments.

Dans cette optique, les recommandations de la Société Francophone du Diabète (SFD) et de la HAS fournissent des lignes directrices précieuses pour la conception de programmes d'ETP ciblant le DT2 (22). Ces lignes directrices sont retrouvées dans l'article *National Standards for Diabetes Self-Management Education* publié et mis jours à plusieurs reprises proposant des normes nationales aux Etats-Unis pour l'éducation et le soutien à l'autogestion du diabète (28,29 et 30) :

- Un programme d'ETP efficace commence par une évaluation minutieuse des besoins et des caractéristiques de chaque patient diabétique. La **personnalisation du programme** est essentielle, chaque patient a des préférences et des besoins

différents auxquels le programme doit s'adapter. L'élaboration d'objectifs spécifiques, personnalisés, défini conjointement avec le patient et atteignables renforce l'efficacité du programme

Les auteurs Stewart et Brown (31) soulignent l'importance de cette personnalisation dans la conception d'un programme d'ETP. Ils mettent en avant le fait que les patients atteints de DT2 ont des besoins et des capacités différentes, nécessitant une approche individualisée. D'autant que la maladie est fortement influencée par le mode de vie, et par un gradient socioéconomique et éducatif. Les populations défavorisées, tant sur le plan économique que scolaire, sont plus vulnérables et plus atteintes par la maladie.

-L'élaboration d'un programme d'ETP nécessite également **une approche multidisciplinaire**, impliquant une équipe de professionnels de santé tels que des médecins, des infirmières, des diététiciens et des psychologues. Cette collaboration interdisciplinaire permet de couvrir tous les aspects du DT2, de la gestion médicale à la dimension psychologique et comportementale.

L'article de Pérez-Escamilla et al. publié dans le *Journal of Nutrition Education and Behavior* en 2008 (32) met en avant l'importance de l'approche multidisciplinaire dans l'élaboration d'un programme d'ETP pour le DT2. Les auteurs soulignent que le DT2 est une maladie complexe qui nécessite une expertise variée, notamment en nutrition, en activité physique, et en gestion psychosociale. Par conséquent, une équipe de professionnels de la santé, comprenant des diététiciens, des éducateurs physiques, des psychologues, et des médecins, doit collaborer pour offrir une prise en charge complète.

L'étude DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs) lancée Novo Nordisk en partenariat avec la Fédération Internationale du Diabète (IDF) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait déjà mis en relief l'importance de la collaboration pluridisciplinaire. La collaboration est perçue comme essentielle pour intégrer les soins médicaux, éducatifs et psychosociaux. Les patients eux-mêmes souhaitaient une meilleure coordination entre professionnels (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, psychologues). (49)

-**L'évaluation continue de l'efficacité du programme** est nécessaire avec la mise en place d'outils pour évaluer les bénéfices éducatifs des patients, leur compréhension de la maladie et leur adhésion aux recommandations. Cette rétroaction continue

permet d'ajuster et d'améliorer le programme au fil du temps. Des études ont montré que les bénéfices des programmes sont souvent de courte durée si les programmes ne sont pas prolongés ou soutenus par des interventions régulières (11)

L'élaboration d'un programme d'ETP pour le DT2 repose sur les principes de **personnalisation** du programme en fonction de l'individu concerné, **d'approche multidisciplinaire**, de renforcement de **l'auto-efficacité des patients** et **d'évaluation continue dans le temps** de l'efficacité du programme.

2.4 Éducation thérapeutique en médecine générale : Le rôle central du médecin généraliste

Les médecins généralistes jouent un rôle central en tant que premiers recours de soin des patients. Ces acteurs du suivi de la maladie chronique influent de manière décisive sur la prise en charge efficace et l'adoption de nouveaux modes de vie.

Le médecin généraliste (MG), par sa proximité avec les patients, est en mesure de développer une relation de confiance se révélant cruciales pour la prise en charge du DT2. Cette relation facilite la communication médecin-patient. Elle permet une valorisation de la parole du patient qui peut s'exprimer plus librement, elle est le socle de la transmission et la délivrance d'informations essentielles sur sa maladie. Le but étant d'une part la compréhension de la maladie par le patient et d'autre part l'adaptation de la prise en charge du médecin à la condition spécifique de chaque patient. L'adhésion au soin est en effet médiée par ces deux conditions, celui-ci doit avoir compris les tenants et aboutissants de son traitement et de sa maladie. La prise en charge doit être réalisable selon les conditions de vie et les capacités des patients. En reconnaissant que chaque individu a des besoins et des défis uniques dans la gestion du DT2, le MG adapte son approche éducative pour répondre à ces besoins particuliers, favorisant ainsi une prise en charge plus personnalisée et efficace.

Le positionnement central des médecins généralistes en fait des acteurs clefs dans l'éducation thérapeutique des patients :

-L'étude de Starfield et Shi, publiée dans le *Journal of the American Board of Family Medicine* en 2007 (33), met en lumière le rôle central du MG dans la coordination des soins et la gestion des maladies chroniques. Elle souligne que les médecins généralistes comprennent les besoins et les préférences des patients.

-Une étude de Renders et al. publiée dans le journal *Diabetes Care* en 2001 (34) révèle que l'ETP menée par les médecins généralistes peut améliorer de manière significative l'adhésion des patients aux mesures hygiéno-diététiques et aux traitements médicamenteux. Cette amélioration de l'observance thérapeutique est un élément essentiel pour la maîtrise du DT2 et la prévention de ses complications.

-En France, l'étude ENTRED 2007-2010 (35) met elle aussi en évidence le rôle important des médecins généralistes dans l'éducation des patients diabétiques. Ils doivent coordonner les différents versants de la prise en charge et le suivi des complications, suivre de près l'évolution des acquis du patient et identifier ses lacunes, repérer et répondre à ses besoins, le soutenir sur le plan psychologique ainsi que l'accompagner dans les démarches administratives et sociales.

Le rôle d'un MG ne se limite pas à la prescription de médicaments. Il se base sur une relation de confiance, permettant l'éducation des patients tout en répondant aux besoins spécifiques de chaque individu atteint de DT2.

3. Intérêt de l'étude

Le contexte de recherche de cette thèse est ancré dans la réalité de la pratique médicale, en particulier dans le domaine de la médecine générale et de la prise en charge du DT2 dans le bassin martégal

Les hypothèses émises sont les suivantes :

- 1) Le médecin généraliste est un acteur clef de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2, mais sa mise en œuvre peut être compliquée dans la pratique quotidienne car elle implique une approche globale, multidisciplinaire et doit répondre à plusieurs normes. De plus, les médecins généralistes sont confrontés à un large éventail de conditions de santé dans leur pratique, ce qui peut rendre la mise en place de l'ETP chronophage et fastidieuse. Il est important de prendre en compte les défis auxquels ils sont confrontés dans leur pratique et de proposer des solutions qui correspondent à leurs besoins.
- 2) Certaines structures de proximité, telles que les programmes d'ETP hospitaliers, peuvent offrir un soutien précieux aux médecins dans la prise en

charge des patients atteints de DT2. Cependant, pour être efficaces, ces programmes doivent être adaptés aux besoins locaux et aux attentes des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes. En comprenant mieux les pratiques et besoin des médecins généralistes, les hôpitaux peuvent adapter leurs programmes d'ETP pour mieux soutenir la prise en charge ambulatoire des patients atteints de DT2.

4. Objectifs de la recherche

Objectifs principaux

« Observer les pratiques actuelles des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 »

Cette première partie de la recherche vise à examiner comment les médecins généralistes abordent actuellement l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de DT2. Cela comprend l'évaluation des méthodes, des ressources ainsi que l'identification des éventuelles lacunes ou des domaines d'amélioration.

« Connaitre les compétences d'éducation thérapeutique des patients DT2 pour lesquels les médecins généralistes souhaiteraient un renforcement en hôpital de jour »

La deuxième partie de la recherche se concentrera sur les attentes des médecins généralistes en ce qui concerne l'intégration de l'hôpital de jour dans le processus de renforcement d'éducation thérapeutique du DT2.

A travers ces objectifs, cette recherche vise à éclairer les pratiques actuelles des médecins généralistes en matière d'ETP des patients DT2 et à proposer des perspectives d'amélioration. L'hôpital de jour pouvant être un partenaire efficace dans cette démarche et avoir un impact significatif sur la qualité des soins dispensés aux patients atteints de DT2 et renforcer la collaboration entre les professionnels de la santé dans la gestion de cette maladie chronique à une échelle locale.

Cette thèse s'ancre dans la réalité du bassin Martégal, où l'éducation thérapeutique des patients diabétiques est au cœur des enjeux de santé locale. Au-delà de

l'observation des pratiques des médecins généralistes, cette recherche aspire à comprendre leurs attentes envers un programme de renforcement d'ETP hospitalier. La pratique médicale de proximité et les opportunités offertes par une structure hospitalière peuvent renforcer la continuité des soins et à enrichir l'arsenal thérapeutique du DT2.

Cette thèse vise à apporter un éclairage sur l'ETP dans le DT2, en tant qu'élément clé pour une prise en charge holistique, coordonnée et patient-centrée

Matériel et méthode

1.Design de l'étude

Ce travail a été élaboré à partir d'une enquête descriptive transversale, qui s'est déroulée du 22/05/2023 au 30/01/2024.

1.1 Choix de la méthode quantitative

La méthode quantitative a été privilégiée pour cette étude en raison de sa capacité à fournir des données chiffrées et objectives. Elle permet une analyse statistique des réponses des médecins généralistes, et permet de proposer une lecture de leurs attentes et leurs pratiques. Ce choix de la méthodologie quantitative repose également sur la nécessité d'obtenir des données quantifiables, ce qui est essentiel pour une analyse statistique approfondie. Cette approche nous permet d'évaluer de manière précise les tendances, les corrélations et les différences significatives dans les réponses des médecins généralistes

1.2 Population cible

Les médecins inclus pour cette enquête étaient les médecins généralistes exerçant dans la région du bassin Martégal et plus précisément les villes de Martigues, Istres, Port de Bouc, Saint-Mitre-les-Remparts et Fos-sur-Mer.

Le choix de cette population spécifique découle de l'objectif de cette recherche, qui est d'observer les pratiques et les attentes des médecins généralistes en matière de renforcement d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de DT2 dans la

région géographique dont l'hôpital de Martigues est le premier recours en matière de diabétologie.

1.3 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré sur Google Forms et intitulé « Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2 »

Il comprenait 27 questions dont 25 questions à type de questions fermées et 2 questions à type de questions ouvertes.

Le questionnaire a été structuré en 3 parties distinctes, la première servant à caractériser les médecins généralistes ayant participé à l'étude. Les deux suivantes répondaient à l'objectif double de l'étude :

- Observer les pratiques actuelles des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques
- Comprendre leurs attentes quant à l'utilisation de l'hôpital de jour pour améliorer la prise en charge du diabète.

Avant sa distribution, le questionnaire a été soumis à une phase de pré-test auprès d'un échantillon de trois médecins généralistes pour assurer sa compréhensibilité et sa mise en œuvre.

1.3.1 Première partie : Caractéristiques des médecins généralistes

La première partie du questionnaire (question 1 à 5) se concentre sur les caractéristiques des médecins généralistes

- La question 1 cherchait à savoir si les médecins répondant au questionnaire exerçaient bien dans les villes choisies pour cette étude à savoir : Martigues, Saint-Mitre-les-Remparts, Port-de-Bouc, Fos-sur-Mer et Istres. Un non à cette question entraînait une exclusion de l'étude
- Les questions 2 à 5 collectaient les caractéristiques démographiques et professionnelles de l'échantillon : sexe, âge, mode d'exercice, temps d'installation.

1.3.2 Deuxième partie : Observation des pratiques

La deuxième partie du questionnaires (question 6 à 17) correspond à l'évaluation des pratiques courantes des médecins généralistes en ce qui concerne l'éducation thérapeutique dans le DT2. Les questions ont été soigneusement formulées pour aborder des sujets tels que les méthodes d'ETP , les principaux freins à la pratique d'ETP, la connaissance des ressources locales et d'autres aspects clés de la pratique quotidienne.

- La question 6 cherchait à savoir si les médecins généralistes étaient en accord avec les objectifs de l'éducation thérapeutique tels qu'ils sont décrits dans le rapport de la HAS sur l'éducation thérapeutique (18)
- La question 7 avait pour but de savoir si les médecins généralistes était formé spécifiquement à l'ETP à savoir : Master, DU ou formation validante de 40 heures minimum
- La question 8 cherchait à estimer le pourcentage de médecin pensant pratiquer l'ETP en cabinet de médecine générale
- La question 9 visait à connaître les modalités de réalisation de l'ETP par les médecins
- La question 10 cherchait à connaître le point de vue des médecins interrogés sur la place du MG dans l'éducation thérapeutique des patients.Elle reprenait les items selon les recommandations de la HAS de 2007 (21) (22)
- La question 11 visait à évaluer de façon globale la satisfaction quant à leur prise en charge en termes d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2
- La question 12 cherchait à comprendre quels étaient les principaux facteurs limitant à la mise en place de l'ETP en médecine générale selon les médecins interrogés. Nous avons demandé aux médecins généralistes de sélectionner 3

facteurs parmi 6 proposés. Les différents items de réponse ont été établis à partir de différentes études dans lesquelles était demandé aux médecins généralistes les facteurs limitant la participation à des actions d'ETP (41) (48) (49)

- La question 13 visait à établir le pourcentage de MG ayant déjà orienté des patients vers des programmes d'ETP. Les médecins ayant répondu non à la question était orienté vers la question 14 (question ouverte) qui leur demandait de citer les raisons de cette non-orientation.
- La question 15 cherchait à savoir quelles situations ou caractéristiques de patient diabétiques les décidaient à orienter leur patient vers un programme d'ETP. Les médecins interrogés devaient choisir parmi 10 propositions (4 au maximum) avec également un choix libre de réponse
Les propositions à cette question comprenaient différents critères de gravités du diabète de type 2, ainsi que les causes d'échec de l'ETP au cabinet de médecine générale
- Les questions 16 et 17 visaient à évaluer l'état des connaissances du réseau d'ETP local chez les médecins généralistes de l'étude

1.3.3 Troisième partie : Attentes des médecins généralistes concernant un renforcement des compétences d'ETP en programme d'ETP hospitalier

- La question 18 visait à prioriser les domaines de compétences des patients DT2 en matière de soin sur lesquels les médecins jugeaient nécessaire un renforcement d'éducation thérapeutique en hospitalier.
Dans ses recommandations sur les bonnes pratiques de la stratégie de prise en charge du DT2 la HAS parle d'éducation thérapeutique mais ne détaille pas « les compétences d'auto-gestion » de la maladie à acquérir par le patient. Nous avons donc identifié 5 domaines de compétences
- Connaissance de la maladie (physiopathologie / complications/ thérapeutiques)
- La mise en œuvre des modifications du mode de vie (alimentation / activité physique)

- L'utilisation du matériel et réalisation des gestes techniques
 - La gestion des situations exceptionnelles (ex : hypo/hyperglycémie)
 - La prise en charge psycho sociale de la maladie
- Les questions 19 à 26 visaient à recueillir les compétences « patients » spécifiques d'ETP abordées en consultation par les médecins généralistes avec les patients DT2 dans les 5 domaines de compétences cités à la question 18, tout en leur demandant parallèlement pour lesquelles de ces compétences attendraient 'ils un renfort d'éducation thérapeutique en hôpital de jour.

Puisqu'à ce jour, aucune grille spécifique validée n'a été conçue pour les médecins généralistes afin d'évaluer leur pratique en matière d'ETP chez les patients atteints de DT2 dans le cadre de leur activité, les différentes compétences « patients » ont été sélectionnées à partir des ateliers d'ETP proposés par diverses structures hospitalières. Les compétences, nécessaire aux patients, ont été choisies spécifiquement en accord avec les objectifs de l'ET. Ces objectifs affichés sont de permettre aux patients de développer des compétences d'autosoin, de sécurité, et d'adaptation de son mode de vie à sa condition.

- La question 27 était une question ouverte non obligatoire et visait à recueillir les éventuelles suggestions des médecins concernant leurs attentes vis-à-vis d'une structure d'ETP hospitalière

2.Collecte de données

Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone via l'annuaire santé Ameli dans les villes choisies pour l'étude afin d'obtenir leur consentement et leur adresse mail. Les médecins ont été informés de manière transparente des objectifs de l'enquête, de la confidentialité de leurs réponses, et de leur droit de participer de manière volontaire.

Les questionnaires élaborés ont été ensuite distribués par mail . Cette distribution a été réalisée de manière confidentielle et anonyme pour encourager la participation franche des médecins.

Une lettre d'introduction était jointe au questionnaire (annexe). Elle présentait le sujet et l'objectif de la thèse, le temps de réalisation du questionnaire et nos coordonnées personnelles.

Ainsi sur les 91 médecins généralistes potentiellement concernés par cette étude, le questionnaire a pu être envoyé à 38 médecins soit 41% de la population, les autres n'ayant pu être contacté ou ayant refusé de participer à cette étude.

Le 30 janvier 2024 date de la fin de réception des questionnaires, nous avons obtenus 31 questionnaires réponse à analyser.

3. Analyse des données

- Les données obtenues sur le logiciel Google Forms® ont été transposées puis codées dans un document Excel®.
- Les réponses des médecins étant de nature catégorique, elles ont été décrites par effectifs et pourcentage. Les variables ont été comparées selon les variables d'intérêt, à l'aide du test paramétrique du chi² et à défaut du test non paramétrique de Fisher. Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$ et indiquerait une tendance pour $p < 0,1$. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique R version 4.3.1. Les résultats ont été présentés sur des graphiques et des tableaux élaborés sur Excel®.
- Le questionnaire était composé de deux questions ouvertes. Elles appelaient des réponses textuelles. Les commentaires et les réponses aux questions ouvertes ne bénéficiera pas d'une analyse qualitative mais sera apporté à l'étude comme valeurs explicatives.
- L'analyse des données est menée avec le souci de l'objectivité, de la validité et de la fiabilité des résultats. Elle constitue une étape clé de cette recherche pour éclairer les pratiques actuelles et les attentes des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de diabète de type 2 dans la région étudiée.

Résultats

1.Taux de participation des médecins à l'enquête

31 médecins généralistes ont répondu parmi les 91 potentiellement concernés. Deux médecins ont été exclus car ils n'exerçaient pas dans les villes choisies pour l'étude, soit un taux de participation de 31,9 %

2.Caractéristiques de l'échantillon

Les principales caractéristiques de l'échantillon sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'échantillon			
		Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Total		29	100
Sexe	Homme	16	44,8
	Femme	13	55,2
Age	20 - 30 ans	7	24,1
	30-40 ans	8	27,6
	40 - 50 ans	4	13,8
	50 - 60 ans	4	13,8
	>60 ans	6	20,7
Expérience professionnelle	0-10 ans	9	31
	10-20 ans	4	13,8
	20-30 ans	4	13,8
	>30 ans	6	20,7
	Remplaçant	6	20,7
Mode d'exercice	Cabinet de groupe composé uniquement de médecin	11	37,9
	Seul	9	31
	Maison de santé pluridisciplinaire	7	24
	Cabinet pluridisciplinaire indépendant	1	3
	Autre	1	3

La population étudiée dans cette enquête est composée de 29 médecins généralistes.

Sur les 29 participants, 13 (soit 45%) sont des femmes et 16 (soit 55%) sont des hommes, ce qui reflète une répartition relativement équilibrée des deux genres.

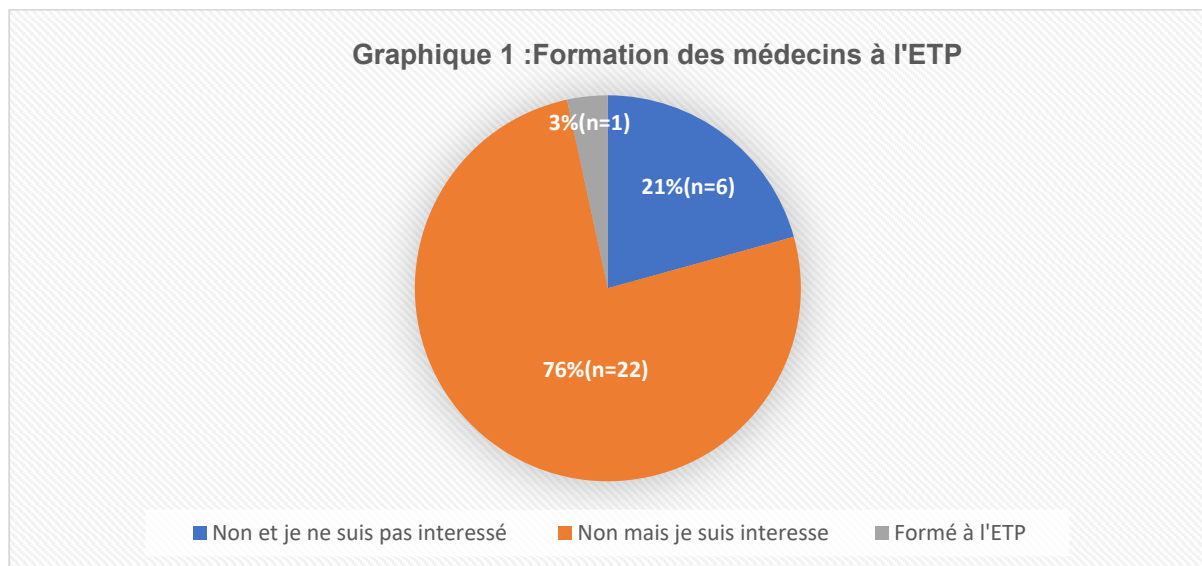
En ce qui concerne l'âge, la majorité des participants ont entre 30 et 60 ans, avec une concentration particulière dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

L'expérience professionnelle est très variable, cependant une majorité (52%) des médecins sont installés depuis moins de 10 ans ou non installés.

D'autre part il est constaté que la majorité des participants exerce dans un cabinet associé à d'autres médecins (38 %). Parmi les autres, 31% exercent seul dans un cabinet et 24% dans une maison de santé pluridisciplinaire. Un participant a également mentionné un autre mode d'exercice non spécifiés dans les options prédéfinies.

3. Formation à l'ETP

3.1 Analyse de l'échantillon



Dans la population étudiée, 76% des médecins généralistes n'ont pas reçu de formation spécialisée dans l'ETP mais se disent intéressés par une formation. 21% ne sont pas intéressés.

Il est important de noter qu'un seul participant est formé spécifiquement à l'ETP ce qui représente 3% des participants.

3.2 Analyse en sous-groupe

3.2.1 Impact de l'âge sur la formation à l'ETP

Les médecins âgés entre 20 et 40 ans semblent plus intéressés à se former à l'ETP 86,7% contre 64,3% chez les médecins de 40 ans et plus ($p = 0,2648$)

Tableau 2 : Impact de l'âge sur la formation à l'ETP			
	20-40 ans (n=15)	40ans et plus (n=14)	Test de Fisher (p)
Formé à l'ETP	0% (n=0)	7,1% (n=1)	0,2648
Non formé mais intéressé	86,7% (n=13)	64,3% (n=9)	
Non formé et pas intéressé	13,3% (n=2)	28,6% (n=4)	

3.2.2 Impact du temps d'installation sur la formation à l'ETP

On observe une tendance chez les médecins installés depuis moins de 20 ans et les remplaçants qui sont plus nombreux (89,5%) à être intéressés par une formation à l'ETP contre seulement 50% chez les médecins installés depuis plus de 20 ans avec ($p=0,0302$)

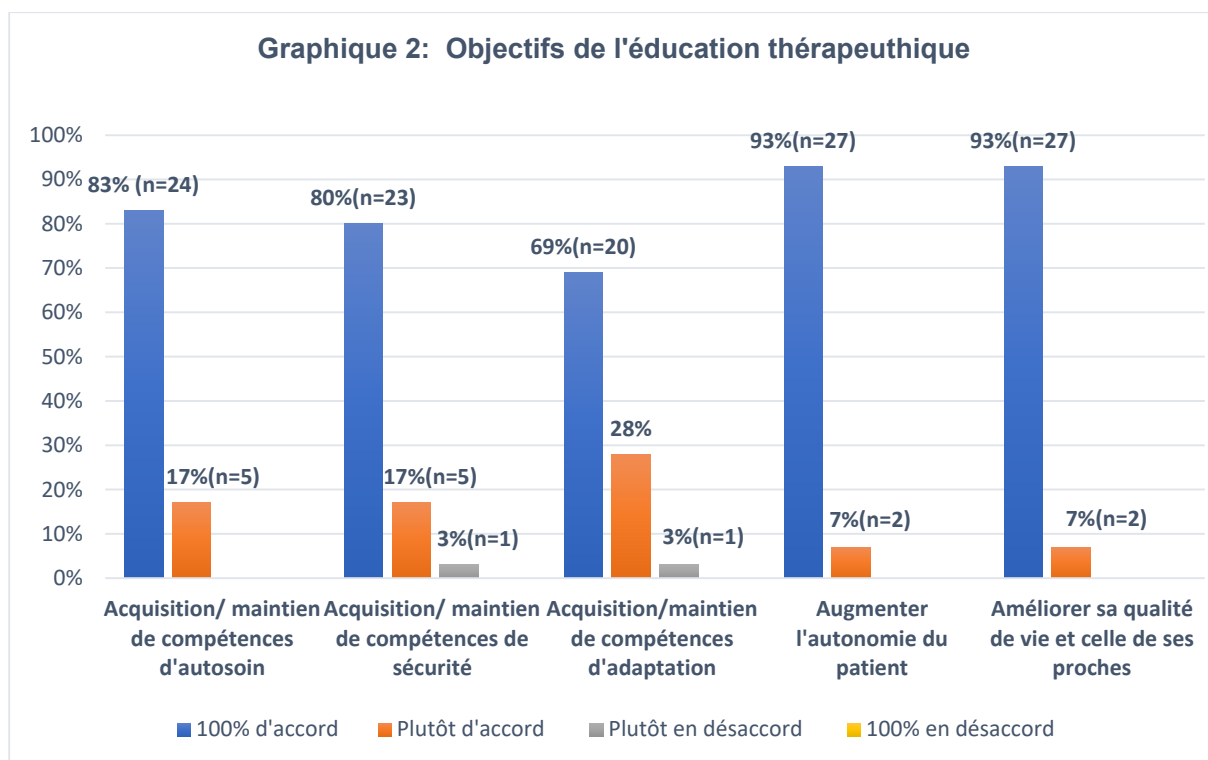
Tableau 3 Impact du temps d'installation sur la formation à l'ETP			
	0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Formé à l'ETP	0%(n=0)	10% (n =1)	0,0302
Non formé mais intéressé	89,5% (n=17)	50% (n =5)	
Non formé et pas intéressé	10,5% (n =2)	40% (n=4)	

3.3.3 Impact du mode d'exercice sur la formation à l'ETP

Le mode d'exercice n'a pas d'impact significatif sur la formation des médecins à l'ETP

4. Les objectifs de l'éducation thérapeutique selon les médecins généralistes

4.1 Analyse de l'échantillon

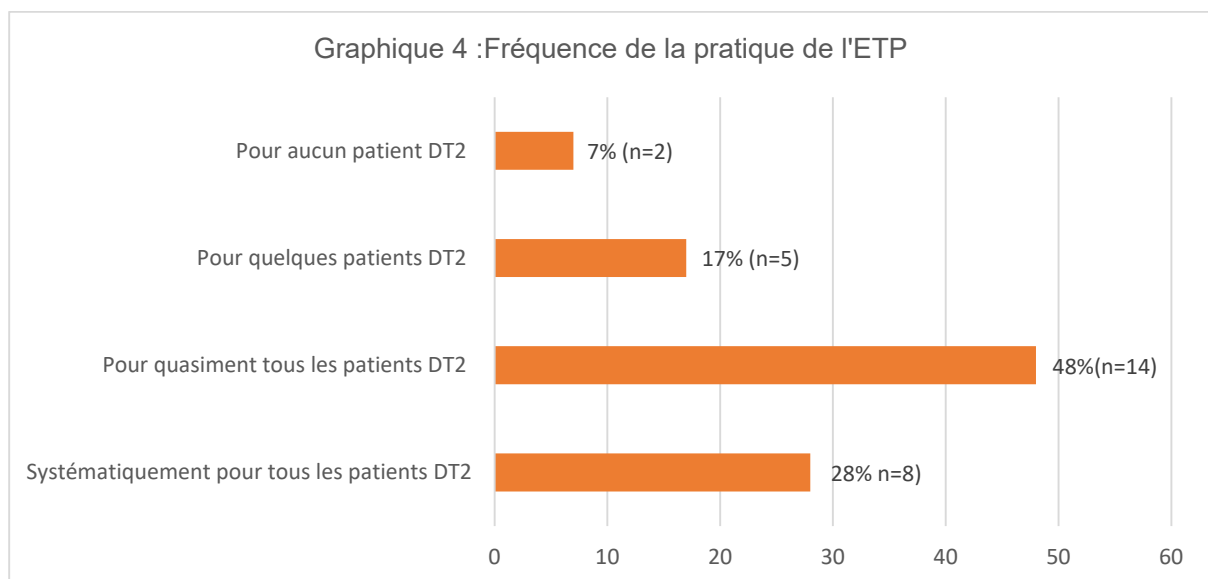


Ces résultats montrent que la grande majorité des participants (plus de 90%) sont totalement en accord ou plutôt en accord avec les objectifs de l'éducation thérapeutique énoncés par la HAS dans son rapport de juin 2007 (23)

4.2 Analyse en sous-groupe

L'âge, le temps d'installation ou le mode d'exercice n'ont pas d'impact significatif les des objectifs de l'ETP selon les médecins 5. Fréquence de réalisation de l'ETP

5.1 Analyse de l'échantillon



Ces résultats montrent que la majorité des participants (74%) pense pratiquer l'ETP systématiquement ou pour quasiment tous les patients DT2.

Seul deux participants (7%) n'ont déclaré ne jamais pratiquer d'ETP avec les patients DT2.

5.2 Analyse en sous-groupe

L'âge et le temps d'installation et le mode d'exercice n'ont pas d'impact significatif sur la fréquence de réalisation de l'ETP.

Il peut quand même être intéressant de noter que les médecins exerçant en MSP sont proportionnellement plus nombreux à pratiquer « systématiquement » l'ETP (57,1%) par rapport aux médecins exerçant en cabinet de groupe composé uniquement de médecin (27,3%) ou que les médecins exerçant seul (11,1%) avec $p = 0,2829$

Tableau 4 : impact du mode d'exercice sur la fréquence de réalisation de l'ETP				
	Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Systématiquement pour tous les patients DT2	27,3% (n=3)	57,1% (n =4)	11,1% (n=1)	0,2829
Pour quasiment tous les patients DT2	45,5% (n =5)	28,6% (n =2)	77,8% (n =7)	
Pour quelques patients DT2	18,2% (n=2)	14,3% (n =1)	0% (n =0)	
Pour aucun patient DT2	9,1%(n=1)	0% (n =0)	11,1% (n =1)	

6. Modalité de réalisation de l'éducation thérapeutique

6.1 Analyse de l'échantillon

85% des médecins de l'échantillon déclare pratiquer l'ETP lors de consultations classiques de suivi. Seulement 11% des interrogés pratiquent l'ETP en collaboration pluridisciplinaire dans le cadre d'un programme validé par l'ARS.

Tableau 5 : Modalité des pratiques de l'ETP par les médecins généralistes de l'échantillon		
	Médecin généraliste pratiquant l'ETP	
	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Total	27	100
ETP réalisée lors de consultations classiques de suivi	23	85,2
ETP réalisée lors de consultations individuelles dédiées	1	3,7
Collaboration pluridisciplinaire hors programme validé par l'ARS	7	25,9
Collaboration pluridisciplinaire dans le cadre d'un programme validé par l'ARS	3	11,1
Autres	1	3,7

6.2 Analyse en sous sous-groupe

Il n'y a pas d'influence significative de l'âge, du temps d'installation ou du mode d'exercice des médecins sur les modalités de réalisation de l'ETP.

Les médecins exerçant en MSP sont proportionnellement plus nombreux à exercer l'ETP en collaboration pluridisciplinaire au sein de programme non validés par l'ARS (42,9%) par rapport aux médecins exerçant en cabinet de groupe (20%) ou exerçant seul (25%) avec $p=0,6453$

7. Représentation personnelle de la place du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2

7.1 Analyse de l'échantillon

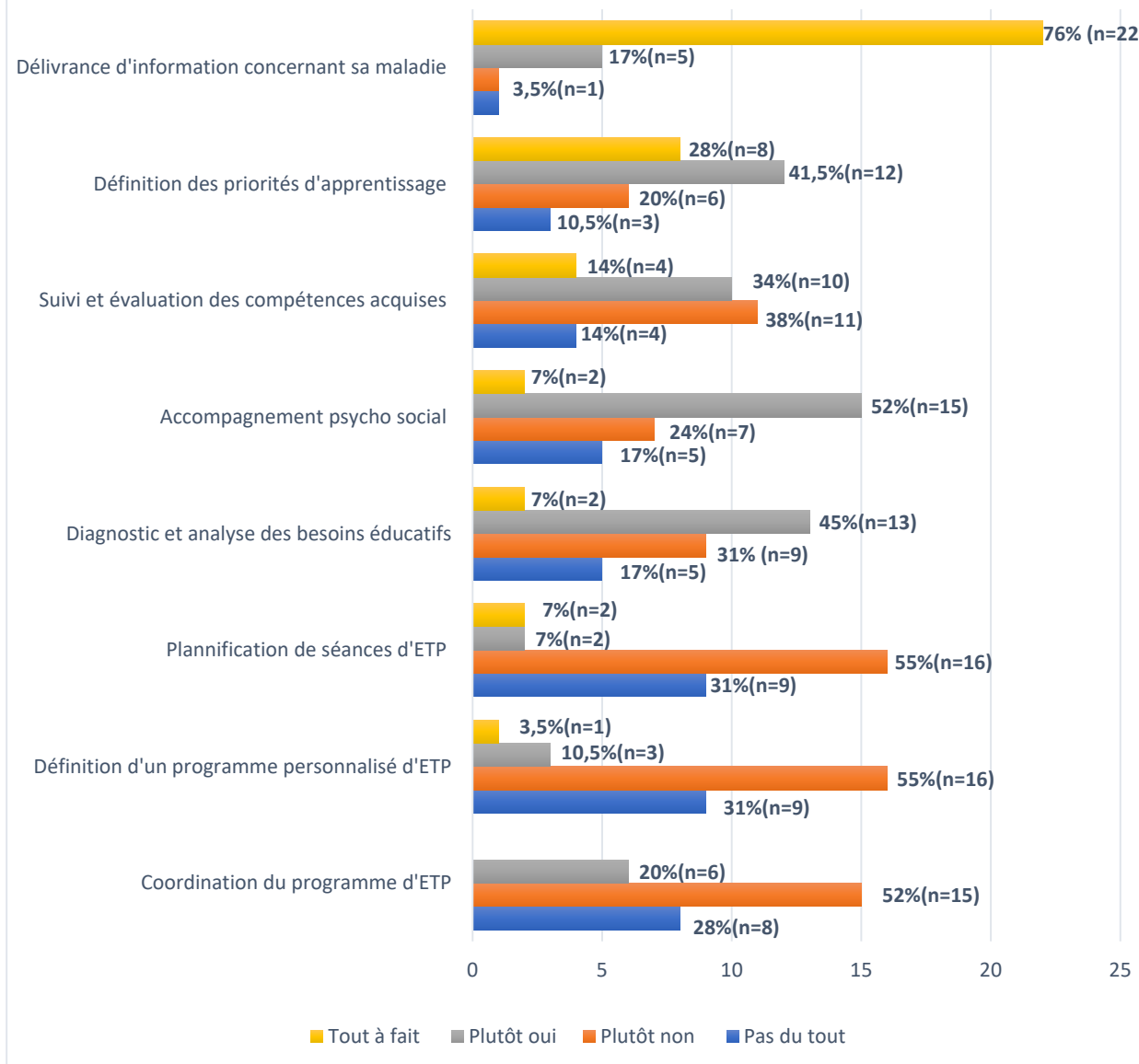
Le rôle du MG dans l'éducation thérapeutique des patients DT2 réside pour la grande majorité de l'échantillon dans le fait de **délivrer de l'information au patient concernant sa maladie** (93,1 % ayant répondu « tout à fait d'accord » ou « plutôt oui »).

Arrivait ensuite **la définition des priorités d'apprentissages** (90,8 % ayant répondu « plutôt oui » ou « tout à fait d'accord »).

Les avis sont partagés concernant **l'accompagnement psychosocial** (58,6 % ayant répondu « plutôt oui » ou tout à fait d'accord), **le diagnostic et l'analyse des besoins éducatifs** (51,7% ayant répondu « tout à fait d'accord » ou « plutôt oui » vs 48,3 % ayant répondu « plutôt non » ou « pas du tout »), ou **le suivi et évaluation des compétences acquises** (48,3 % ayant répondu « tout à fait d'accord » ou « plutôt oui » vs 51,7% ayant répondu « plutôt non » ou « pas du tout »).

En revanche, **la définition d'un programme personnalisé d'ETP, la planification des séances et la coordination du programme** ne font pas parti du rôle du MG pour la plupart des répondants, avec à chaque fois au moins 80% des médecins interrogés ayant répondu « plutôt non » ou « pas du tout ».

Graphique 6 : Place du médecin généraliste dans l'ETP selon les médecins



7.2 Analyse en sous-groupe

7.2.1 impact de l'âge sur la perception du rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique de ses patients

Les médecins âgés de 20 à 40 ans sont proportionnellement plus nombreux (86,7%), à estimer que la délivrance d'information concernant de la maladie fait « tout à fait partie » du rôle du MG contre 71,4 % chez les médecins âgés de plus de 40 ans ($p=0,0809$).

L'âge n'influe pas de manière significative sur les autres rôles du MG dans l'ETP des patients.

Tableau 6 : Impact de l'âge sur la perception du rôle du médecin généraliste dans l'ETP de ses patients				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fisher p
Le rôle du médecin est de délivrer de l'information concernant la maladie	Tout à fait	86,7%(n=13)	64,3% (n=9)	0,0809
	Plutôt oui	6,7% (n=1)	28,6% (n=4)	
	Plutôt non	0%(n=0)	7,1% (n=1)	
	Pas du tout	6,7% (n=1)	0%(n=0)	

7.2.2 impact du temps d'installation sur la perception du rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique de ses patients

Les médecins installés depuis moins de 20 et remplaçants ans sont proportionnellement plus nombreux, à penser que le diagnostic et analyse des besoins éducatifs ($p = 0,099$), la délivrance d'information concernant la maladie ($p = 0,0068$) sont « tout à fait » le rôle du MG.

Tableau 7 : Impact du temps d'installation sur la perception du rôle du médecin généraliste dans l'ETP de ses patients				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Diagnostic et analyse des besoin éducatifs	Tout à fait	10,5% (n =2)	0%(n=0)	0,099
	Plutôt oui	57,9% (n = 11)	20% (n=2)	
	Plutôt non	21% (n = 4)	60% (n =6)	
	Pas du tout	10,5 % (n =2)	20% (n=2)	
Délivrance d'information concernant la maladie	Tout à fait	89,5%(n=17)	50%(n=5)	0,0068
	Plutôt oui	5,3%(n=1)	40%(n=4)	
	Plutôt non	0%(n=0)	10% (n=1)	
	Pas du tout	5,3%(n=1)	0%(n=0)	

7.2.3 impact du mode d'exercice sur la perception du rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique de ses patients

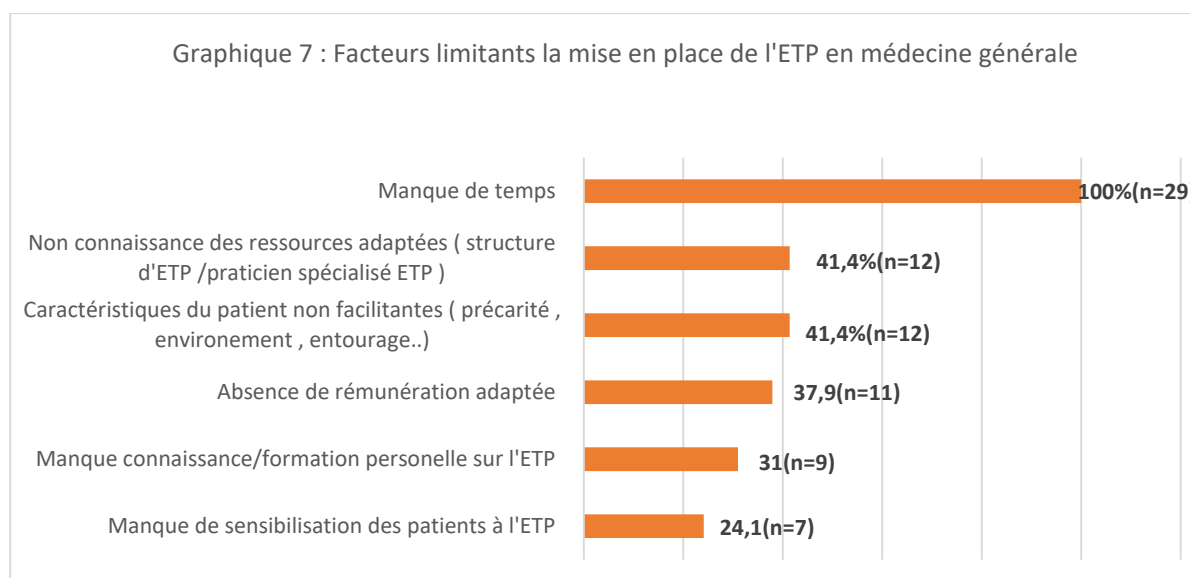
Les médecins exerçant en MSP sont proportionnellement plus nombreux par rapports aux praticiens exerçant seul, à trouver que le suivi et l'évaluation des compétences

acquises (85,7%) avec $p=0,0319$ ainsi que la coordination d'un programme d'ETP (57,1%) avec $p=0,098$ font plutôt partie du rôle du MG.

Tableau 8 : Impact du mode d'exercice sur la perception du rôle du médecin généraliste dans l'ETP de ses patients					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul n=9)	Test de Fisher (p)
Suivi et évaluation des compétences acquises	Tout à fait	18,2%(n=2)	0%(n=0)	22,2%(n=2)	0,0319
	Plutôt oui	18,2%(n=2)	85,7% (n=6)	11,1%(n=1)	
	Plutôt non	45,5%(n=5)	14,3%(n=1)	66,7%(n=6)	
	Pas du tout	18,2%(n=2)	0%(n=0)	0%(n=0)	
Coordination du programme d'ETP	Tout à fait	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	0,098
	Plutôt oui	9,1% (n=1)	57,1% (n=4)	11,1%(n=1)	
	Plutôt non	54,5%(n=6)	42,9%(n=3)	77,8%(n=7)	
	Pas du tout	36,4%(n=4)	0%(n=0)	11,1%(n=1)	

8. Les principaux facteurs limitants à la mise en place de l'éducation thérapeutique en médecine générale

8.1 Analyse de l'échantillon



Le manque de temps était le principal facteur limitant à la mise en place de l'ETP en médecine générale puisque cité par 100 % des médecins de l'échantillon.

8.2 Analyse en sous-groupe

8.2.1 impact de l'âge des médecins sur la perception des principaux facteurs limitants à la mise en place de l'ETP en médecine générale

L'âge des médecins n'influe pas de manière significative sur la perception des facteurs limitants mais les médecins âgés entre 20 et 40 ans sont plus nombreux à citer la non-connaissance des ressources d'ETP comme étant un facteur limitant à sa mise en place (53,3%) par rapport à leurs aînés (28,6 %) avec $p=0,2635$

		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fisher p
La non-connaissance des ressources adaptées	Oui	53,3% (n=8)	28,6% (4)	0,2635
	Non	46,7% (n=7)	71,4% (10)	

8.2.2 impact du temps d'installation sur la perception des principaux facteurs limitants à la mise en place de l'ETP en médecine générale

La non-connaissance des ressources adaptées est plus citée par les médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçants (52,6%) comme étant un facteur limitant à l'ETP par rapport aux médecins installés depuis plus de 20 ans (20%) $p=0,1261$. Le temps d'installation n'influait pas significativement sur les autres facteurs.

		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
La non-connaissance des ressources adaptées	Oui	52,6 (n = 10)	20% (n =2)	0,1261
	Non	47,4% (n = 9)	80%(n=8)	

8.2.3 impact du mode d'exercice sur la perception des principaux facteurs limitants à la mise en place de l'ETP en médecine générale

Le manque de connaissance/formation personnelle sur l'ETP est perçu comme un facteur limitant à sa mise en place par 71,4 % des médecins exerçant en MSP contre 18,2 % chez les médecins exerçant en cabinet de groupe et 22,2 % chez les médecins exerçant seul ($p = 0,0733$)

Les caractéristiques des patients non facilitantes représentent plus un facteur limitant chez les médecins exerçant seul (66,7%) que chez les médecins exerçant en MSP (28,6%) et les médecins exerçant en cabinet de groupe (27,3%)

Tableau 11 : Impact du mode d'exercice sur la perception des facteurs limitants à la mise en place de l'ETP					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Manque de connaissance/formation personnelle sur l'ETP	Oui	18,2% (n=2)	71,4%(n=5)	22,2%(n=2)	0,0733
	Non	81,8% (n=9)	28,6% (n=2)	77,8%(n=2)	
Caractéristiques du patient non facilitantes	Oui	27,3% (n =3)	28,6 % (n=2)	66,7%(n=6)	0,2231
	Non	72,7% (n=8)	71,4%(n=5)	33,3% (n=3)	

9. Recours des médecins généralistes aux programmes d'ETP

9.1 Analyse de l'échantillon

83% des participants ont déjà orienté des patients vers des programmes d'ETP. Pour les 5 participants (17,2%) n'ayant jamais orienté de patients vers des programmes d'ETP, nous avons demandé par une question ouverte les raisons de cette non orientation . Voici les réponses :

- « Je n'ai pas connaissance des programmes d'ETP dans le secteur »
- « Je ne connais pas le réseau en tant que médecin remplaçant »
- « Les patients ne sont pas forcément intéressés à aller dans différentes structures pour connaître leur maladie pour les plus jeunes, peu d'implication de leur part, je ne connais pas suffisamment les structures d'ETP pour le proposer »
- « Manque de connaissances, manque de temps, éducation thérapeutique, réalisée lors des consultations de suivi »
- « Manque de contact sur la région , qualité des programmes non connue »

9.2 Analyse en sous groupe

9.2.1 Impact de l'âge sur le recours au programme d'ETP

L'âge n'influe pas de manière significative sur le recours aux programmes d'ETP. L'étude note que les médecins âgés entre 20 et 40 ans étaient plus nombreux (26,7%) a ne pas avoir orienté les patients vers un programme d'ETP que leurs confrères de plus de 40 ans (7,1%) (p = 0,3295)

Tableau 12 : Impact de l'âge des médecins sur le recours aux programmes d'ETP				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fisher p
Avez-vous déjà orienté vos patients vers un programme d'ETP	Oui	73,4% (n =11)	92,9% (n =13)	0,3295
	Non	26,7(n=4)	7,1 % (n=1)	

9.2.1 Impact du temps d'installation sur le recours aux programmes d'ETP

Le temps d'installation n'influe pas de manière significative sur le recours aux programmes d'ETP. L'étude note que 100% des médecins installés depuis plus de 20 ans ont déjà orienté des patients diabétiques vers un programme d'ETP contre 73,7 % chez les médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçants ($p = 0,1336$).

Tableau 13 : Impact du temps d'installation des médecins sur le recours aux programmes d'ETP				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Avez-vous déjà orienté vos patients Vers un programme d'ETP ?	Oui	73,7% (n=14)	100% (n =10)	0,1336
	Non	26,3% (n=5)	0% (n=0)	

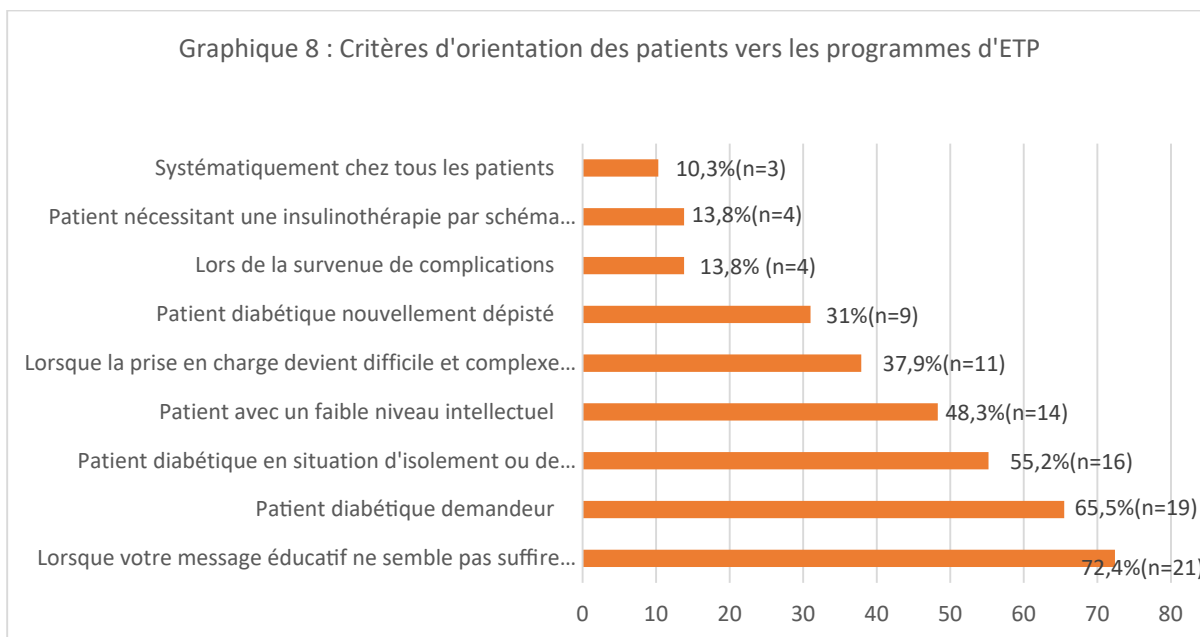
9.2.1 Impact du mode d'exercice sur le recours aux programmes d'ETP

Le mode d'exercice n'a pas d'impact significatif sur le recours aux programmes d'ETP ($p=0,5262$). Il est à noter que 100% des médecins exerçant en MSP avait déjà orienté un patient vers un programme d'ETP contre 77,8 % chez les médecins exerçant seul et 81,8% chez les médecins exerçant en cabinet de groupe

10. Situations/caractéristiques du patient incitant les médecins à orienter vers un programme d'ETP

10.1 Analyse de l'échantillon

Graphique 8 : Critères d'orientation des patients vers les programmes d'ETP



Les 3 critères principaux incitant les médecins à orienter les patients vers des programmes d'ETP était lorsque leur **message éducatif ne semblait pas suffire seul** (72,4 % n = 21) , lorsque le **patient diabétique était demandeur** (65,5 % n = 19) enfin lorsque le **patient était en situation d'isolement ou de précarité** (55,2% n=16)

10.2 Analyse en sous-groupe

10.2.1 Impact de l'âge des médecins sur les critères d'orientation vers les programmes d'ETP

L'âge n'a pas d'impact significatif, mais les médecins de plus de 40 ans sont proportionnellement plus nombreux à orienter les patients diabétiques demandeurs vers des programmes d'ETP (78,6%) que leur homologues âgés entre 20 et 40 ans (53,3%) avec $p = 0,2451$.

	20-40 ans (n=15)		40 ans et plus (n=14)	Test de Fisher p
	Oui	Non		
Patient diabétique demandeur	53,3 % (n =8)	46,7 (n=7)	78,6 (n = 11) 21,4 (n=3)	0,2451

10.2.2 Impact du temps d'installation des médecins sur les critères d'orientation vers les programmes d'ETP

Le temps d'installation n'a pas d'impact significatif mais il est noté que les médecins installés depuis plus de 20 ans sont proportionnellement plus nombreux par rapport aux médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçant à orienter les patients

vers des programmes d'ETP lorsque le patient a un faible niveau intellectuel (70% vs 36,8%) avec $p = 0,1281$ ou lorsque le message éducatif ne semble pas suffire seul (90% vs 63,2%) avec $p = 0,2008$

Tableau 15 Impact du temps d'installation des médecins sur les critères d'orientation vers les programmes d'ETP				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Patient avec faible niveau intellectuel	Oui	36,8 % (n=7)	70% (n=7)	0,1281
	Non	63,2 % (n=12)	30% (n=3)	
Message éducatif ne semble pas suffire	Oui	63,2% (n=12)	90% (n=9)	0,2008
	Non	36,8% (n =7)	10% (n = 1)	

10.2.3 Impact du mode d'exercice sur les critères d'orientation vers les programmes d'ETP

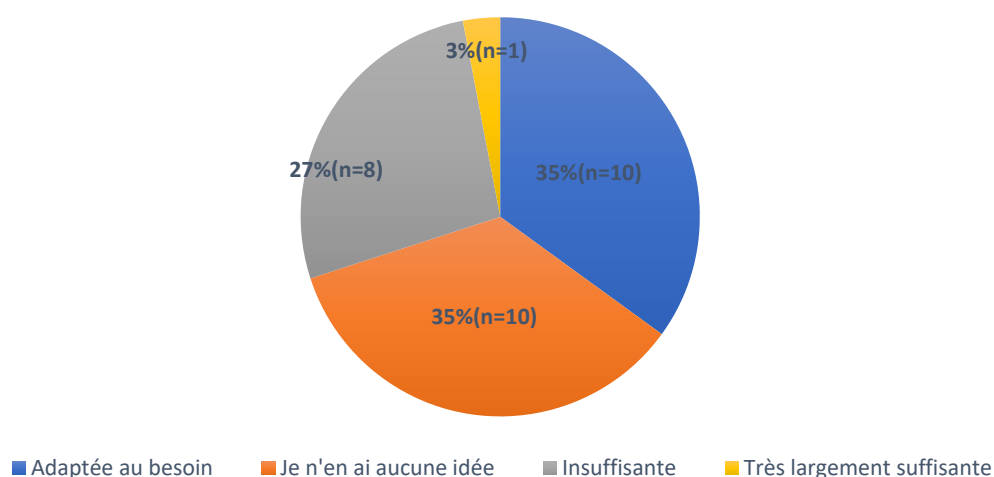
Chez les médecins exerçant seul, le fait qu'un patient soit en situation d'isolement ou de précarité est un critère privilégié pour orienter un patient vers un programme d'ETP puisque cité par 88,9% contre 27,3% chez les médecins exerçant en cabinet de groupe ou 57,1% chez les médecins exerçant en MSP ($p = 0,0221$)

Tableau 16 Impact du mode d'exercice sur les critères d'orientation vers les programmes d'ETP					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Patient en situation d'isolement ou de précarité	Oui	27,3% (n=3)	57,1%(n=4)	88,9% (n=8)	0,0221
	Non	72,7% (n=8)	42,9%(n=3)	11,1%(n=1)	

11. Perception par les médecins de l'offre de soin en matière d' ETP sur la région du Bassin Martégal

11 .1 Analyse de l'échantillon

Graphique 9 : Perception de l'offre de soin sur le bassin martéchal en matière d'ETP



11.2 Analyse en sous groupe

11.2.1 Impact de l'âge sur la perception de l'offre de soin en termes d'ETP

Chez les médecins âgés de plus de 40 ans une proportion plus importante (50%) juge l'offre de soin en matière d'ETP adaptée aux besoins par rapport à leurs homologues plus jeunes ou ils ne sont que 20 %. Inversement une plus grande proportion des médecins âgés de 20 à 40 ans n'ont aucune idée de l'offre de soin en matière d'ETP sur la région du bassin martéchal (53,3%) contre seulement 14,3 % chez les plus de 40 ans ($p = 0,1009$)

Tableau 17 Impact de l'âge sur la perception de l'offre de soin en matière d'ETP				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fischer p
Perception de l'offre de soin en matière d'ETP sur le bassin martéchal	Très largement suffisante	0% (n=0)	7,1% (n=1)	0,1009
	Adaptée aux besoins	20% (n=3)	50% (n=7)	
	Insuffisante	26,7% (n=4)	28,6% (n=4)	
	Je n'en n'ai aucune idée	53,3% (n=8)	14,3% (n=2)	

11.2.2 Impact du temps d'installation sur la perception de l'offre de soin en termes d'ETP

On observe une tendance chez mes médecins installés depuis plus de 20 ans, plus nombreux (70%) à penser que l'offre de soin en matière d'ETP est adaptée aux besoins par rapport aux médecins installés depuis moins de 20 ans et les remplaçants (15,8 %) avec $p = 0,0013$

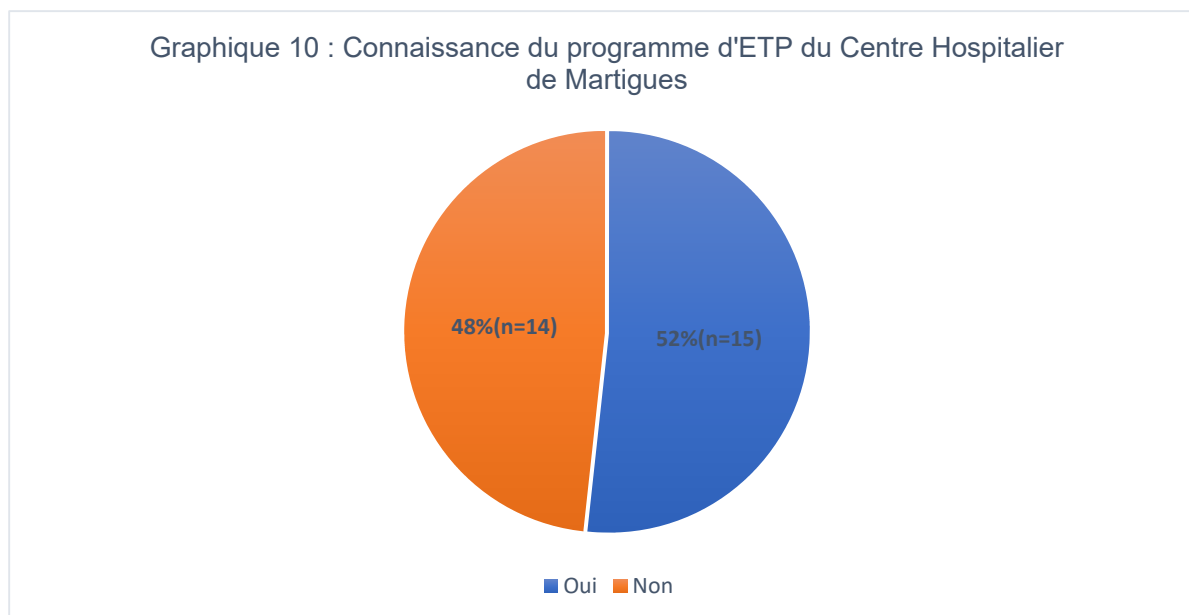
Tableau 18 : Impact du temps d'installation sur la perception de l'offre de soin en matière d'ETP				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Perception de l'offre de soin en matière d'ETP sur le bassin martégal	Très largement suffisante	0%(n=0)	10% (n = 1)	0,0013
	Adaptée aux besoins	15,8%(n=3)	70% (n=7)	
	Insuffisante	31,6% (n=6)	20% (n =2)	
	Je n'en ai aucune idée	52,6%(n=10)	0%(n=0)	

11.2.3 Impact du mode d'exercice sur la perception de l'offre de soin en terme d'ETP

Le mode d'exercice n'influence pas de manière significative la perception de l'offre de soin en matière d'ETP ($p = 0,9912$)

12. Connaissance du programme d'ETP du CH de Martigues

12.1 Analyse de l'échantillon



La moitié des médecins interrogés a connaissance d'un programme d'ETP au CH de Martigues et l'autre moitié n'en a pas connaissance.

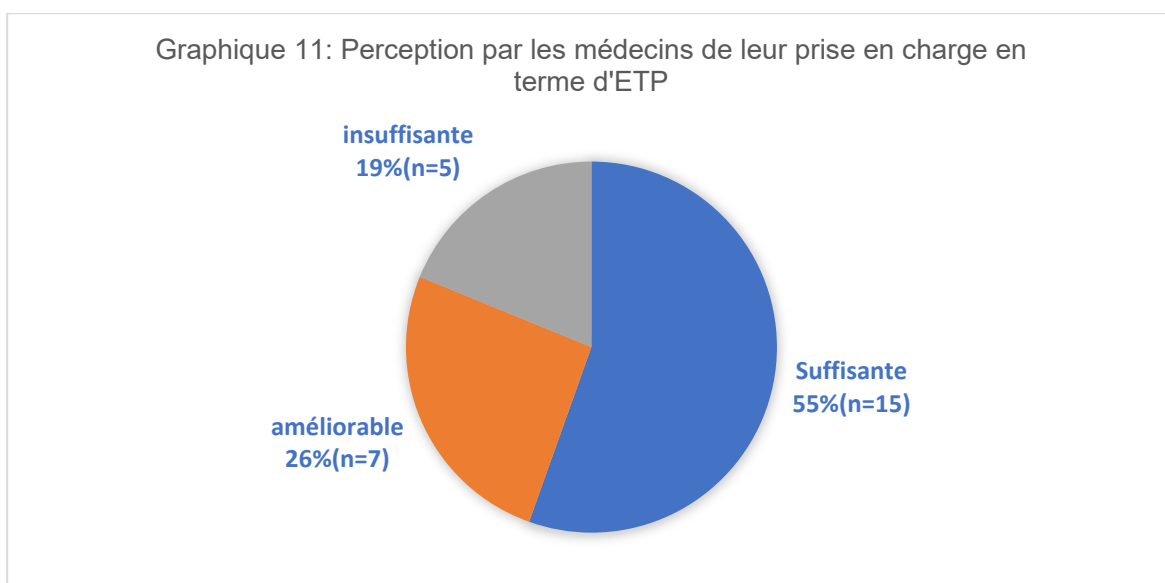
12.2 Analyse en sous-groupe

L'âge, le temps d'installation et le mode d'exercice n'ont pas d'impact significatif sur la connaissance du programme d'ETP de Martigues par les médecins de l'étude. Cependant, les résultats montrent que les médecins installés depuis plus de 20 ans sont proportionnellement plus nombreux (70%) à avoir connaissance du programme d'ETP à l'hôpital de Martigues par rapport aux médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçant (42,1%) avec $p = 0,2451$.

Tableau 19 Impact du temps d'installation sur la connaissance du programme d'ETP de Martigues				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Connaissance du programme	oui	42,1% (n=8)	30%(n=3)	0,2451
	non	57,9 % (n=11)	70%(n=7)	

13. Perception des médecins généralistes de leur pratique en termes d'ETP

13.1 Analyse de l'échantillon



La majorité des médecins généralistes interrogés (55%) jugent leur prise en charge en ETP améliorable et 19% la jugent insuffisante. 26% des médecins généralistes

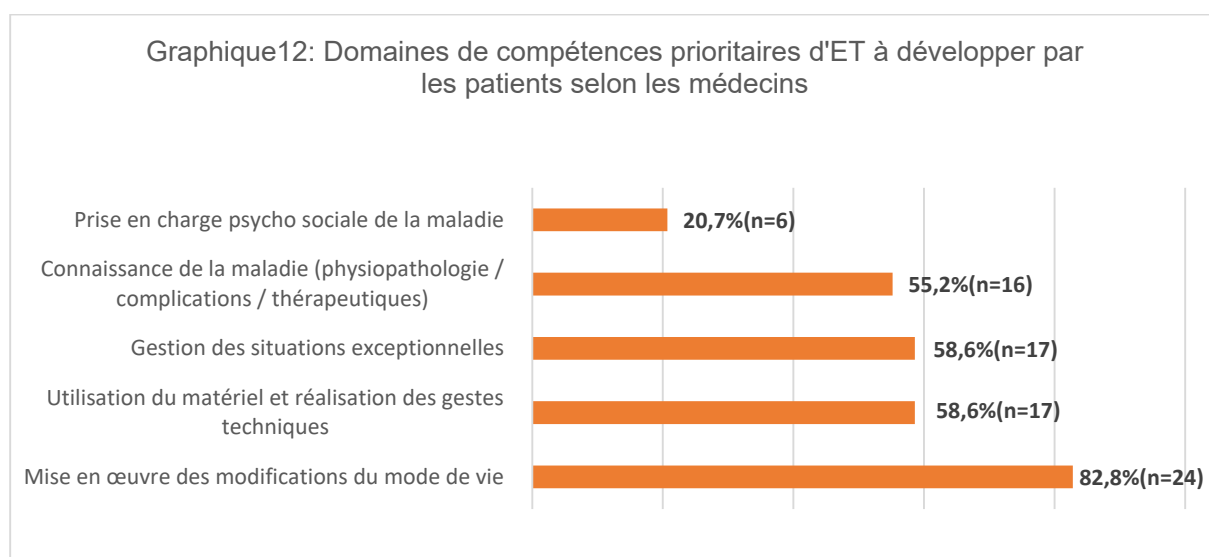
La juge satisfaisante

13.2 Analyse en sous-groupe

L'âge, le temps d'installation et le mode d'exercice des médecins n'avaient pas d'impact significatif sur la perception de leur prise en charge en matière d'ETP

14. Domaines de compétence d'ETP à développer en priorité par les patients selon les médecins

14.1 Analyse de l'échantillon



La **mise en œuvre des modifications du mode de vie** est le domaine de compétence prioritaire selon les médecins puisque cité par 24 praticiens (83%)

A l'inverse **la prise en charge psycho social** semble moins prioritaire puisque cité par seulement 6 praticiens (21%)

14.2 Analyse en sous-groupe

L'âge et le mode d'exercice des médecins n'ont pas d'impact significatif pour les domaines de compétences à renforcer

14.2.1 Impact du temps d'installation sur les domaines de compétences prioritaires à développer par les patients selon les médecins

Les médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçants étaient plus nombreux par rapport aux médecins installés depuis plus de 20 ans ($p = 0,0426$) à penser que l'utilisation du matériel et réalisation des gestes techniques était considéré comme un

domaine de compétence prioritaire à développer par les patients dans le cadre d'un programme d'ETP hospitalier

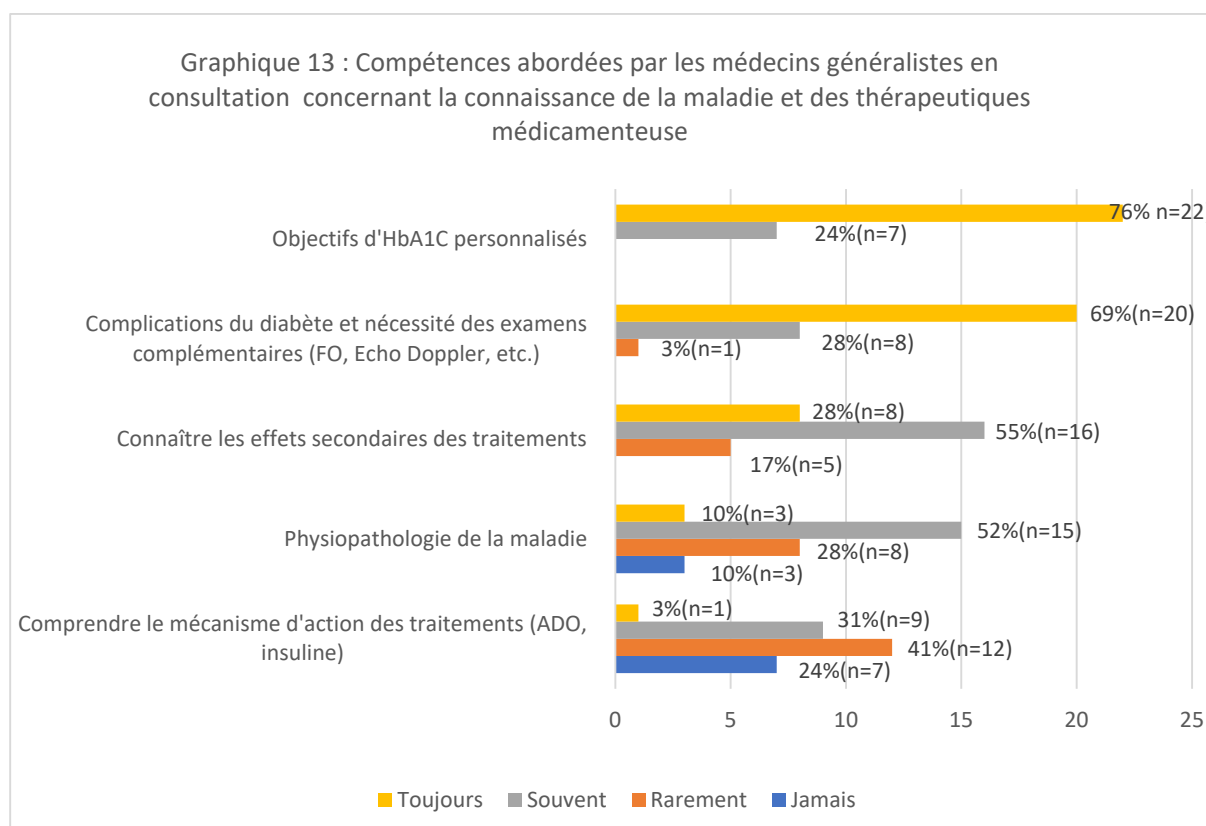
Tableau 20 : Impact du temps d'installation sur les domaines de compétences à développer en priorité selon les médecins				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Utilisation du matériel et réalisation des gestes techniques	Oui	73,7% (n=13)	70%(n=7)	0,0426
	Non	26,3%(n=3)	30%(n=3)	

15. Analyse des compétences spécifiques d'ETP abordés en consultation et des attentes concernant un renforcement en hôpital de jour

15.1 *Domaine 1 : Connaissance de la maladie et des thérapeutiques médicamenteuses*

15.1.1 *Analyse de l'échantillon*

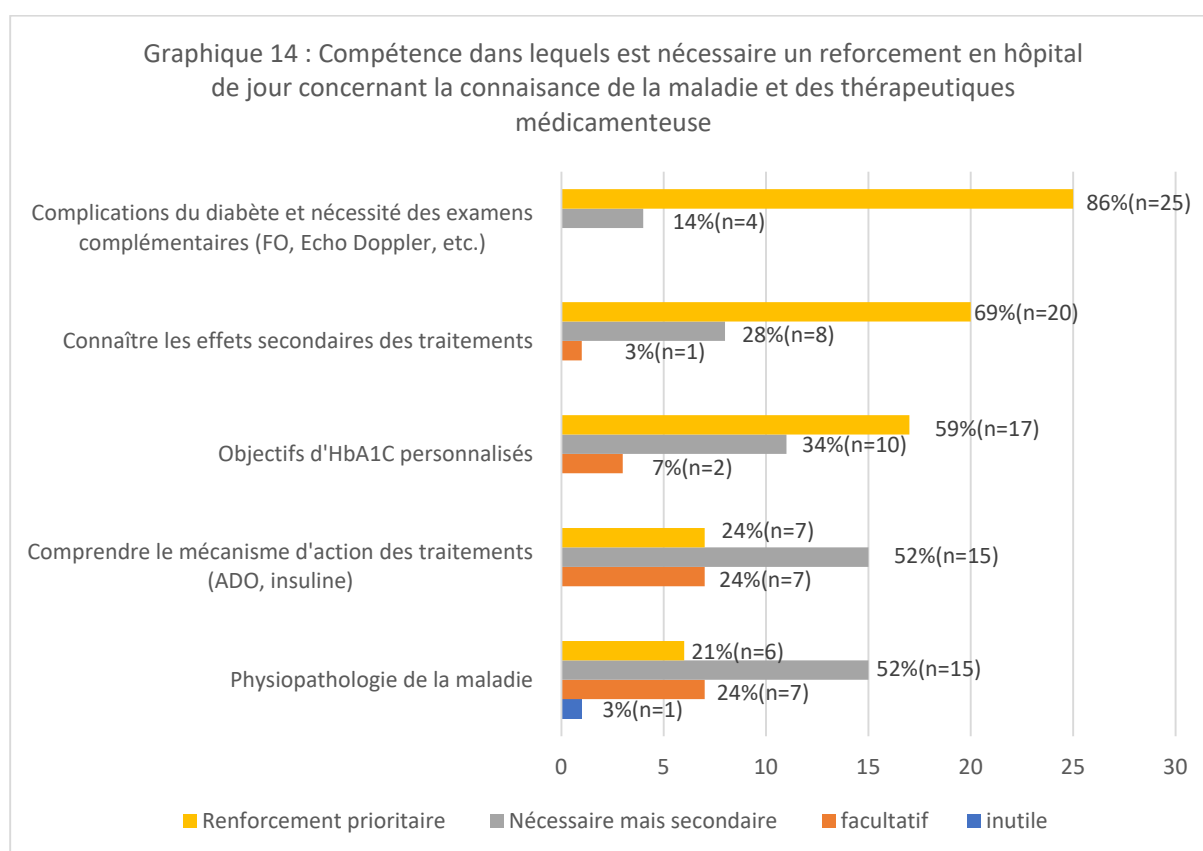
15.1.1.a compétences abordées en consultation



Les **Objectifs d'hémoglobine glyquée** ainsi que les **complications du diabète avec la nécessité de réalisation des examens complémentaires** sont les deux domaines de compétences les plus abordés avec les patients en consultation. En effet plus de 95 % des médecins interrogés l'abordent « toujours » ou « souvent »

En revanche la compréhension du **mécanisme d'action des traitements** est le domaine le moins abordé avec les patients en consultation (65% ayant répondu « rarement » ou « jamais »)

15.1.1.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier



La **connaissance des complications du diabète avec la nécessité de réalisation des examens complémentaires** est le domaine de compétence qui nécessite en priorité un renforcement d'ETP en hôpital de jour puisque cité par 85 % (n= 25) des médecins. Arrive ensuite la **connaissance des effets secondaires des traitements** suivi de la **connaissance des objectifs d'HbA1c personnalisés** cité respectivement par 69 % (n=20) et 59% (n=17) des médecins de l'échantillon.

15.1.2 Analyse en sous-groupe

15.1.2.1 Impact de l'âge

L'âge n'a pas d'impact significatif sur les compétences abordées en consultation, ni sur le besoin d'un renforcement éducatif au sein d'un programme d'ETP hospitalier

15.1.2.2 Impact du temp d'installation

15.1.2.2.a Compétences abordées en consultation

Pour les compétences abordées par les médecins en consultation dans ce domaine le temps d'installation n'a pas d'impact significatif

15.1.2.2.b Nécessité d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

Une tendance est observé chez les médecins installés depuis plus de 20 ans ($p=0,0426$) qui sont plus nombreux (90%) par rapport aux médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçant (42,1%) à penser que la connaissance **des objectifs d'hémoglobine glyquée (hbA1C)** est considéré comme une compétence prioritaire à développer par les patients dans le cadre d'un programme d'ETP hospitalier

Tableau 21 : Impact du temps d'installation sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique concernant la connaissance de la maladie et des thérapeutiques médicamenteuses				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Objectifs d'hbA1C	Renforcement prioritaire	42,1%(n=8)	90%(n=9)	0,0426
	Nécessaire mais secondaire	47,4% (n =9)	10% (n=10)	
	Facultatif	10,5% (n=10)	0% (n=0)	
	Inutile	0%(n=0)	0%(n=0)	
Connaitre les effets secondaires des traitements	Renforcement prioritaire	63,2% (n =12)	80%(n=8)	0,1337
	Nécessaire mais secondaire	36,8%(n=7)	10%(n=1)	
	Facultatif	0%(n=0)	10%(n=1)	
	Inutile	0%(n=0)	0%(n=0)	

15.1.2.3 Impact du mode d'exercice

15.1.2.3.a Compétences abordées en consultation

Le mode d'exercice n'avait pas d'impact significatif sur les compétences d'ETP abordées en consultation par les médecins généraliste

15.1.2.3.b Nécessité d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

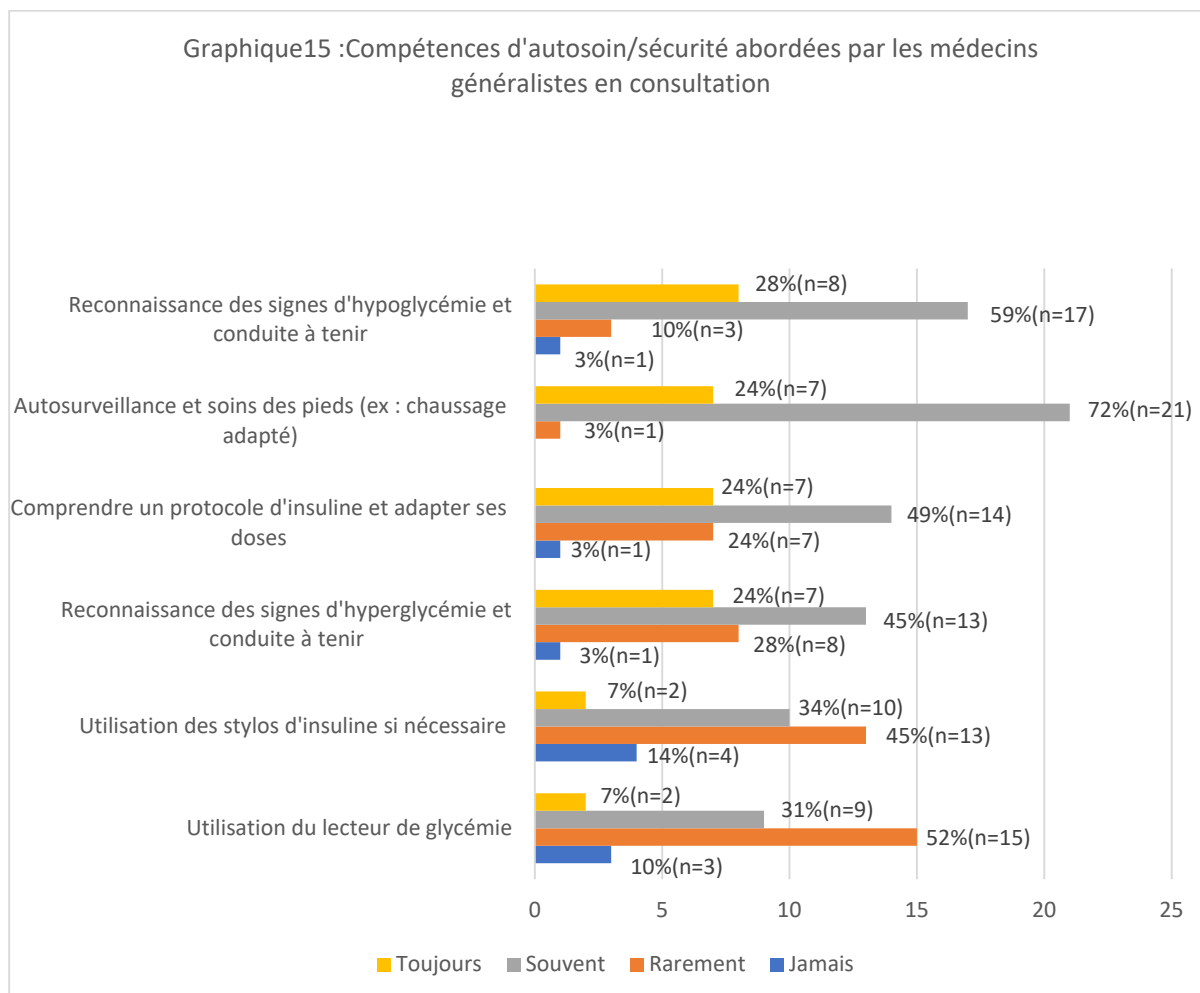
Une tendance se dégage chez les médecins exerçant en MSP qui sont proportionnellement moins nombreux (57,1%) par rapport aux médecins exerçant en cabinet de groupe composé uniquement de médecin (90,9%) ou exerçant seul (100%) à estimer que **la connaissance des complication du diabète et la nécessité de réalisation des examens complémentaires** doit être le sujet d'un renforcement prioritaire dans un programme d'ETP hospitalier avec $p= 0,0679$

Tableau 22 Impact du temps d'installation sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique					
Concernant la connaissance de la maladie et des thérapeutiques médicamenteuses					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n=11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Complications du diabète et nécessité de réalisation des examens complémentaires	Renforcement prioritaire	90,9%(n=10)	57,1%(n=4)	100%(n=9)	0,0679
	Nécessaire mais secondaire	9,1% (n=1)	42,9%(n=3)	0%(n=0)	
	Facultatif	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	
	Inutile	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	

15.2 Domaine 2 : Les compétences d'auto-soin/sécurité

15.2.1 Analyse de l'échantillon

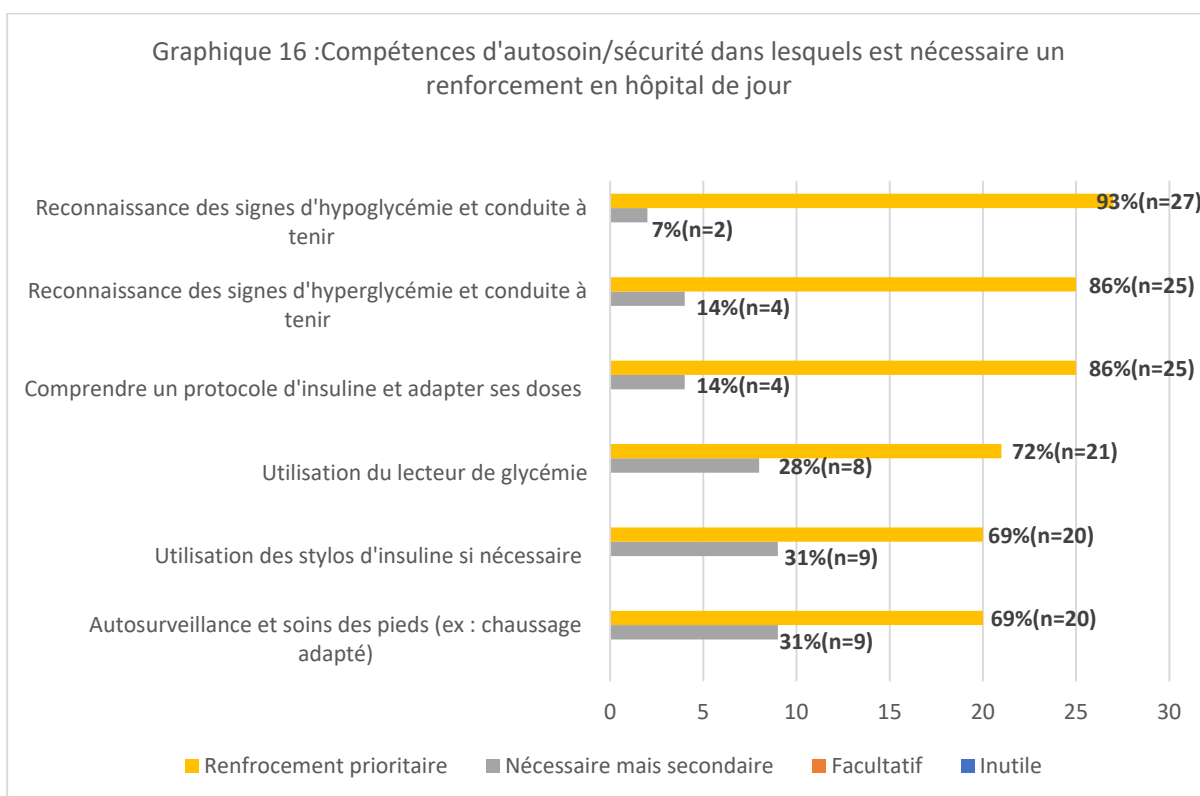
15.2.1.a Compétences abordées en consultation



L'autosurveillance et soins des pieds est la compétence d'auto-soin/sécurité la plus abordée avec les patients en consultation. En effet plus de 97 % (n=28) des médecins interrogés l'abordent « toujours » ou « souvent »

En revanche **l'utilisation du lecteur de glycémie** ou encore **l'utilisation des stylos d'insuline** sont les compétences les moins abordées avec les patients en consultation (Entre 59% et 62% ayant répondu « rarement » ou « jamais »).

15.2.1.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier



Selon les médecins généralistes, toutes les compétences d'autosoin/sécurité nécessitent un renforcement prioritaire d'éducation thérapeutique en hôpital de jour puisque toutes sont citées à 69% ou plus.

La reconnaissance des signes d'hypoglycémie et conduite à tenir est citée par 93% (n = 27) des médecins.

15.2.2 Analyse en sous-groupe

15.2.2.1 Impact de l'âge

15.2.2.1.a Compétences abordées en consultation

Les médecins de plus de 40 ans sont proportionnellement plus nombreux (42,9%) à « toujours » aborder en consultation la compréhension d'un protocole d'insuline et l'adaptation des doses que leur homologues plus jeunes (6,7%) avec $p = 0,0512$.

Pour les autres compétences de ce domaine, l'âge des médecins n'avait pas d'impact significatif.

Tableau 23 : Impact de l'âge sur les compétences d'ETP abordés en consultation par les médecins généraliste concernant les compétences d'autosoins / sécurité				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fischer p
Compréhension d'un protocole d'insuline avec adaptation des doses	Toujours	6,7%(n=1)	42,9% (n=6)	0,0512
	Souvent	66,7% (n =10)	28,6% (n=4)	
	Rarement	26,7% (n=4)	21,4% (n=3)	
	Jamais	0% (n=0)	1% (n=1)	

15.2.2.1.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

Pour les compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier dans ce domaine l'âge n'avait pas d'impact significatif

15.2.2.2 Impact du temps d'installation

Le temps d'installation n'a pas d'impact significatif sur les compétences abordées ni sur le besoin de renforcement éducatif par ETP

15.2.2.3 Impact du mode d'exercice

15.2.2.3.a Compétences abordées en consultation

Pour les compétences abordées par les médecins en consultation dans ce domaine le mode d'exercice n'avait pas d'impact significatif

15.2.2.3.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

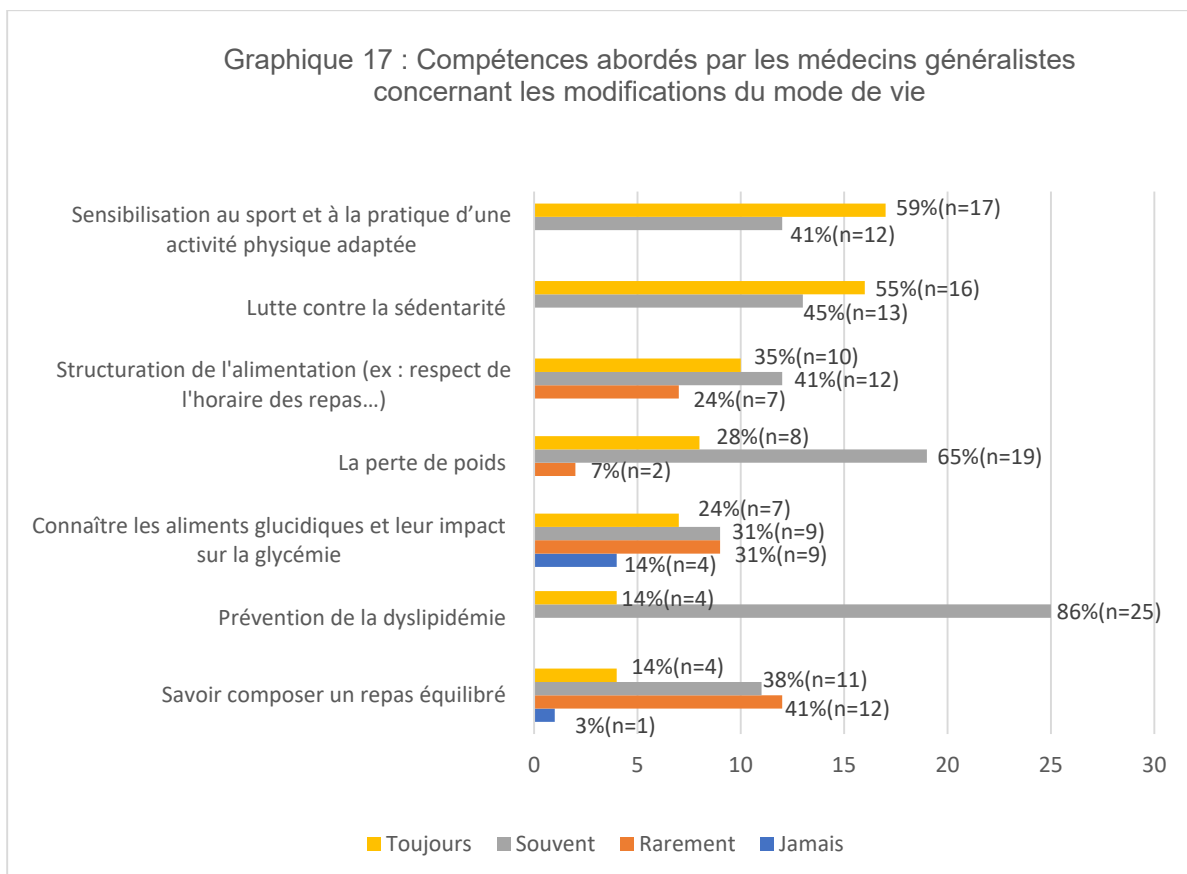
Les médecins exerçant seul sont proportionnellement moins nombreux (44,4%) par rapport aux médecins exerçant en cabinet de groupe composé uniquement de médecin (90,9%) ou exerçant en MSP (85,7% %) à estimer que **l'utilisation des stylos d'insuline si nécessaire** doit être le sujet d'un renforcement prioritaire dans un programme d'ETP hospitalier .

Tableau 24 : Impact du temps d'installation sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique concernant les compétences d'autosoin et de sécurité					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Utilisation des stylos d'insuline si nécessaire	Renforcement prioritaire	90,9%(n=10)	85,7% (n=6)	44,4%(n=4)	0,0625
	Nécessaire mais secondaire	9,1% (n=1)	14,3%(n=1)	55,6%(n=5)	
	Facultatif	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	
	Inutile	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	

15.3 Domaine 3 : Les modifications du mode de vie

15.3.1 Analyse de l'échantillon

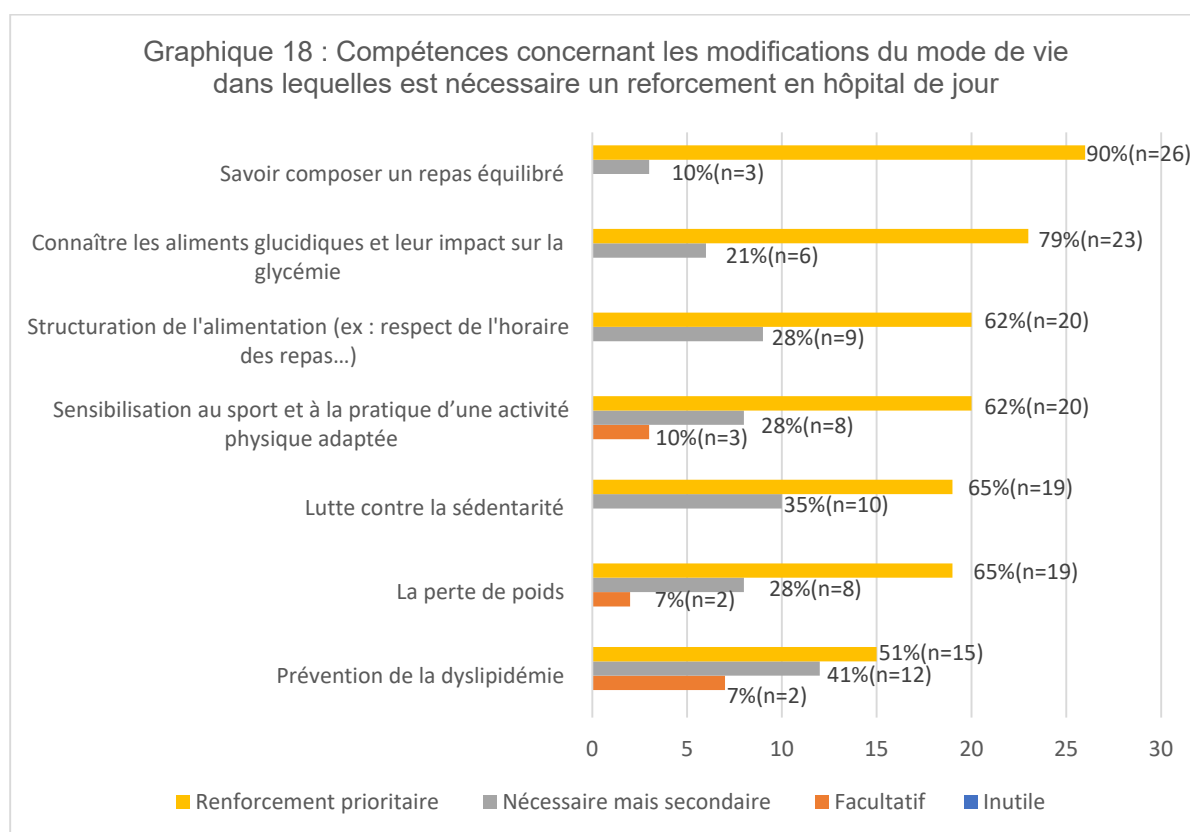
15.3.1.a Compétences abordées en consultation



Les compétences liés à l'hygiène corporelle tel que **La sensibilisation au sport et à l'activité physique, la lutte contre la sédentarité** ou encore **la perte de poids** sont des compétences largement abordées avec les patients en consultation . En effet 93 % ou plus des médecins interrogés l'abordent « toujours » ou « souvent » en consultation

Les compétences diététiques comme **savoir composer un repas équilibré ou connaître les aliments glucidiques et leur impact sur la glycémie** sont moins abordées puisque 46 % (n =13) des médecins ne l'abordent que « rarement » ou « jamais »

15.3.1.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier



Selon les médecins généralistes de l'échantillon la compétence hygiéno diététique nécessitant un renforcement prioritaire d'éducation thérapeutique en hôpital de jour est le fait de **savoir composer un repas équilibré** puisque cité par 90 % (n = 26) des médecins.

La **prévention de la dyslipidémie** quant à elle est la compétence nécessitant le moins un renforcement en hôpital de jour puisque 49% des médecins la jugent « nécessaire mais secondaire » voir même « facultative »

15.3.2 Analyse en sous-groupe

15.3.2.1 Impact de l'âge

15.3.2.1.a Compétences abordées en consultation

Les médecins de plus de 40 ans sont proportionnellement plus nombreux à « toujours » aborder en consultation **la perte de poids** (42,9%) par rapport à leurs homologues plus jeunes (13,3%) avec $p = 0,0905$

Concernant **la connaissance des aliments glucidiques et de leur impact sur la glycémie** les médecins entre 20 et 40 ans sont proportionnellement plus nombreux à ne jamais l'aborder en consultation (26,7%) par rapport à leurs aînés (0%) avec $p = 0,2584$

Tableau 25 : Impact de l'âge sur les compétences d'ETP abordés en consultation par les médecins généraliste concernant les modifications du mode de vie				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fischer p
Sensibilisation à la perte de poids	Toujours	13,3% (n =2)	42,9% (n =6)	0,0905
	Souvent	73,3% (n =11)	57,1% (n =8)	
	Rarement	13,3% (n =2)	0% (n =0)	
	Jamais	0% (n =0)	0% (n =0)	
Connaissance des aliments glucidiques et leur impact sur la glycémie	Toujours	20% (n =3)	28,6% (n =4)	0,2584
	Souvent	26,7% (n =4)	35,7% (n =5)	
	Rarement	26,7 % (n =4)	35,7 % (n =5)	
	Jamais	26,7 % (n =4)	0% (n =0)	

15.3.2.1b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

Les médecins âgés entre 20 et 40 ans sont 93,3% à estimer que la connaissance des aliments glucidiques et leur impact sur la glycémie doit être un axe prioritaire de renforcement hospitalier contre 64,3% chez leurs aînés.

Tableau 26 : Impact de l'âge sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'ETP hospitalier concernant les modifications du mode de vie				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fischer p
Connaissance des aliments glucidiques et impact sur la glycémie	Renforcement prioritaire	93,3% (n = 14)	64,3% (n =9)	0,0801
	Renforcement nécessaire mais secondaire	6,7% (n =1)	35,7% (n =5)	
	Facultatif	0% (n =0)	0% (n =0)	
	Inutile	0% (n =0)	0% (n=0)	

15.3.2.2 Impact du temps d'installation

Le temps d'installation n'a pas d'impact significatif sur les compétences abordées, ni sur le besoin de renforcement éducatif par ETP

15.3.2.3 Impact du mode d'exercice

15.3.2.3.a Compétences abordées en consultation

Pour les compétences abordées par les médecins en consultation dans ce domaine le mode d'exercice n'avait pas d'impact significatif

15.3.2.3.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

Les médecins exerçant en MSP sont proportionnellement plus nombreux (100%) à estimer la prévention de la dyslipidémie doit être le sujet d'un renforcement prioritaire dans un programme d'ETP hospitalier par rapport aux médecins exerçant en cabinet de groupe composé uniquement de médecin (36,4%) ou exerçant en MSP (33,3%) avec $p = 0,0148$

Tableau 27 : Impact du temps d'installation sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique concernant les modifications du mode de vie					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Prévention de la dyslipidémie	Renforcement prioritaire	36,4% (n=4)	100%(n=7)	33,3%(n=3)	0,0148
	Nécessaire mais secondaire	45,5%(n=5)	0%(n=0)	66,7%(n=7)	
	Facultatif	18,2% (n=2)	0%(n=0)	0%(n=0)	
	Inutile	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	

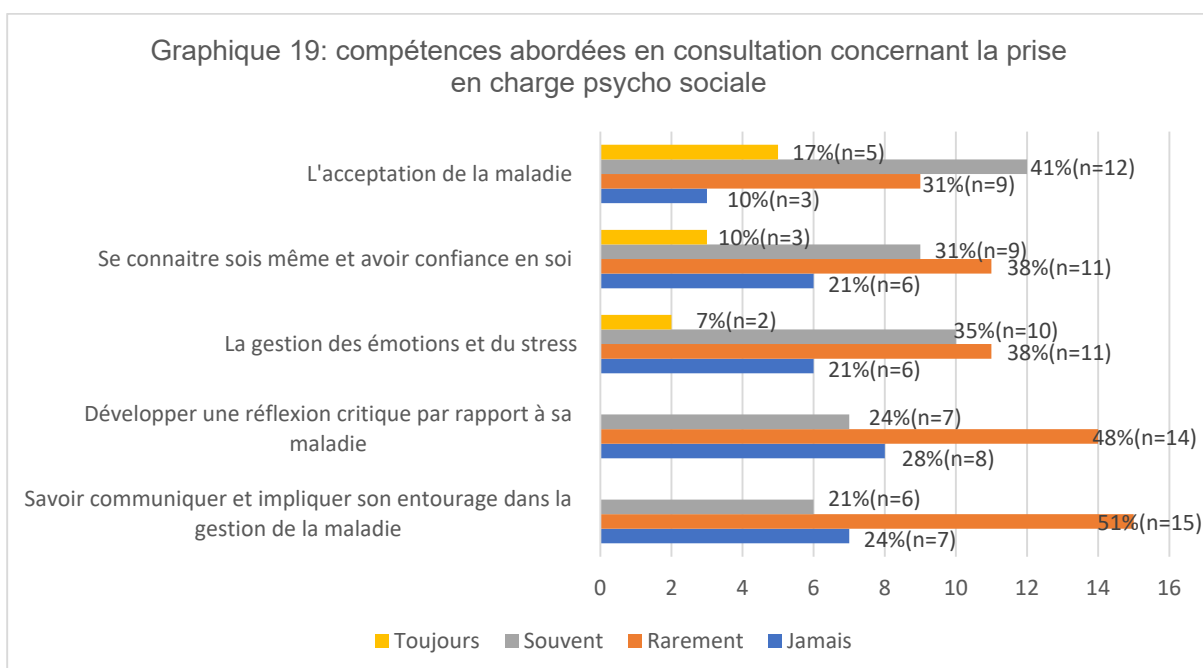
15.4 Domaine 4 : La Prise en charge psycho sociale

15.4.1. Analyse de l'échantillon

15.4.1.a Compétences abordées en consultation

Concernant la pris en charge psycho sociale la compétence la plus abordée avec les patients en consultation concerne le fait de **savoir accepter sa maladie** (58% des médecins l'abordent « toujours » ou « souvent »)

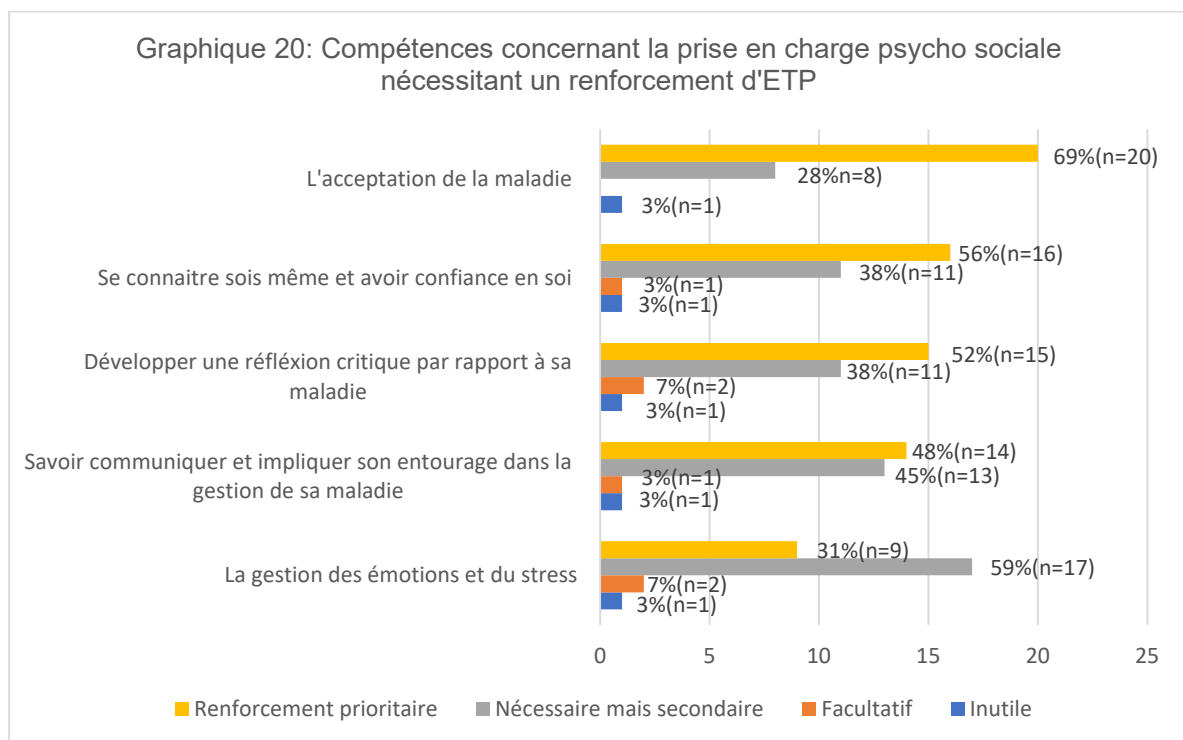
En revanche le reste des compétences en termes de prise en charge psycho sociale sont peu abordés par les médecins en consultation. En effet 60 % ou plus des médecins ne les abordent que « rarement » ou « jamais ».



15.4.1.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique selon les médecins

Selon les médecins généralistes la compétence psycho social nécessitant un renforcement prioritaire d'éducation thérapeutique en hôpital de jour est le fait de **savoir accepter sa maladie** puisque cité par 69 % (n = 20) des médecins de l'échantillon

La gestion des émotions et du stress est la compétence nécessitant le moins un renforcement en hôpital de jour puisque seulement 31 % (n= 9) des médecins la jugent prioritaire



15.4.2 Analyse en sous-groupe

15.4.2.1 Impact de l'âge

15.4.2.1.a Compétences abordées en consultation

Concernant les compétences psycho sociale, les médecins âgés de 20 à 40 ans sont proportionnellement plus nombreux à ne « jamais » les aborder en consultation avec les patients par rapport à leurs aînées de plus de 40 ans

Cela est particulièrement significatif pour la compétence qui est de **développer une réflexion critique par rapport à sa maladie** ou 46,7 % des médecins de 20 à 40 ans ne l'abordent jamais contre 7,1 % chez les médecins de plus de 40 ans ($p= 0,0284$).

Tableau 28 : Impact de l'âge sur les compétences d'ETP abordés en consultation par les médecins généraliste concernant la prise en charge psycho sociale				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fischer p
Gestion des émotions et du stress	Toujours	6,7% (n=1)	7,1% (n = 1)	0,2982
	Souvent	33,3%(n=5)	35,7% (n= 5)	
	Rarement	26,7%(n=4)	50%(n = 7)	
	Jamais	33,3% (n=5)	7,1% (n =1)	
Savoir impliquer son entourage	Toujours	0% (n=0)	0% (n=0)	0,1162
	Souvent	13,3% (n =2)	28,6% (n=4)	
	Rarement	46,7% (n=7)	64,3% (n=9)	
	Jamais	40% (n =6)	7,1% (n=1)	
Se connaître soi même et avoir confiance en soi	Toujours	13,3% (n =2)	7,1%(n=1)	0,036
	Souvent	40% (n =6)	21,4%(n =3)	
	Rarement	13,3%(n=2)	64,3% (n=9)	
	Jamais	33,3% (n=5)	7,1% (n=1)	
Développer une réflexion critique par rapport à sa maladie	Toujours	0%(n=0)	0% (n=0)	0,0284
	Souvent	26,7% (n=4)	21,4% (n=3)	
	Rarement	26,7% (n=4)	71,4% (n=10)	
	Jamais	46,7%(n=7)	7,1%(n=1)	

15.4.2.1.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique

Concernant la nécessité d'un renforcement en hôpital de jour dans les compétences psycho sociale, les médecins âgés entre 20 et 40 ans sont significativement plus nombreux à demander un renforcement prioritaire dans ce domaine par rapport à leurs aînés qui les estiment plutôt secondaire.

Tableau 29 : Impact de l'âge sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'ETP hospitalier concernant la prise en charge psycho sociale				
		20-40 ans (n=15)	40 ans et plus (n=14)	Test de Fischer p
Gestion des émotions et du stress	Renforcement prioritaire	46,7% (n =7)	14,3% (n =2)	0,0973
	Renforcement nécessaire mais secondaire	40% (n = 6)	78,6% (n =11)	
	Facultatif	6,7% (n =1)	7,1% (n =1)	
	Inutile	6,7% (n =1)	0% (n = 0)	
Savoir impliquer son entourage	Renforcement prioritaire	73,3% (n = 11)	21,4% (n =3)	0,0069
	Renforcement nécessaire mais secondaire	20% (n = 3)	71,4% (n =10)	
	Facultatif	6,7% (n =1)	7,1% (n =1)	
	Inutile	6,7% (n =1)	0% (n =0)	
Se connaître soi même et avoir confiance en soi	Renforcement prioritaire	80% (n=12)	28,6% (n =4)	0,0011
	Renforcement nécessaire mais secondaire	6,7% (n =1)	71,4% (n =10)	
	Facultatif	6,7% (n =1)	0% (n =0)	
	Inutile	6,7% (n =1)	0% (n =0)	
Développer une réflexion critique par rapport à sa maladie	Renforcement prioritaire	73,3% (n = 11)	28,6% (n =4)	0,0098
	Renforcement nécessaire mais secondaire	13,3% (n =2)	64,3% (n =9)	
	Facultatif	6,7% (n =1)	7,1% (n =1)	
	Inutile	6,7% (n =1)	0% (n =0)	

15.4.2.2 Impact du temps d'installation

15.4.2.2.a Compétences abordées en consultation

Pour les compétences abordées par les médecins en consultation dans ce domaine le temps d'installation n'avait pas d'impact significatif

15.4.2.2.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier

Les médecins installés depuis moins de 20 ans et les remplaçants sont significativement ($p = 0,0464$) plus nombreux à penser (68,4%) par rapport aux médecins installés depuis plus de 20 ans (30%) que la compétence psycho sociale **se connaître et avoir confiance en soi** doit être renforcé prioritairement .

Tableau 30 : Impact du temps d'installation sur les compétences d'ETP nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique Concernant la prise en charge psycho sociale				
		0-20 ans et remplaçant (n =19)	> 20 ans (n= 10)	Test de Fisher p
Se connaître soi même et avoir confiance en soi	Renforcement prioritaire	68,4% (n =13)	30%(n=3)	0,0464
	Nécessaire mais secondaire	21,1% (n =4)	70%(n=7)	
	Facultatif	5,3%(n=1)	0%(n=0)	
	Inutile	5,3%(n=1)	0%(n=0)	

15.4.2.3 Impact du mode d'exercice

15.4.2.3.a Compétences abordées en consultation

Tableau croisé Impact du mode d'exercice sur les compétences d'ETP abordés en consultation par les médecins généraliste concernant la prise en charge psycho sociale					
		Cabinet de groupe composé uniquement de médecin (n =11)	Maison de santé pluridisciplinaire (n= 7)	Seul (n=9)	Test de Fisher (p)
Gestion des émotions et du stress	Toujours	0%(n=0)	0%(n=0)	22,2%(n=2)	0,003
	Souvent	45,5%(n=5)	0%(n=0)	44,4%(n=4)	
	Rarement	9,1% (n=1)	100%(n=7)	33,3%(n=3)	
	Jamais	45,5%(n=5)	0%(n=0)	0%(n=0)	
Savoir impliquer son entourage dans la gestion de la maladie	Toujours	0%(n=0)	0%(n=0)	0%(n=0)	0,0189
	Souvent	9,1% (n=1)	0%(n=0)	44,4%(n=4)	
	Rarement	45,5%(n=5)	100%(n=7)	44,4%(n=4)	
	Jamais	45,5%(n=5)	0%(n=0)	11,1%(n=1)	
Se connaître soi même et avoir confiance en soi	Toujours	9,1% (n=1)	0%(n=0)	22,2%(n=2)	0,077
	Souvent	18,2% (n=2)	28,6 % (n=2)	44,4%(n=4)	
	Rarement	27,3% (n=3)	71,4%(n=5)	33,3%(n=3)	
	Jamais	45,5%(n=5)	0%(n=0)	0%(n=0)	

Pour les médecins exerçant en MSP, aborder en consultation la prise en charge psycho social est moins fréquent par rapport à leurs confrères exerçant en cabinet de groupe composé uniquement de médecin ou au médecin exerçant seul

Cela s'illustre pour la « gestion des émotions et du stress » ou aucun des médecins exerçant en MSP ne l'aborde avec ses patients, alors qu'elle est abordée par au moins 45,5% des médecins exerçant en cabinet de groupe ou exerçant seul

15.4.3.2.b Compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique

Pour les compétences nécessitant un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier dans ce domaine le mode d'exercice n'avait pas d'impact significatif

16. Résultat à la question ouverte : « Avez-vous une ou des suggestions à faire concernant vos attentes vis à vis d'un programme d'ETP hospitalier pour vos patients DT2 ? »

Réponse 1 : « Améliorer la communication sur le programme »

Réponse 2 : « Mettre en contact facilité la médecine de ville et l'accès aux programmes pour adresser les patients en ETP

Réponse 3 : « Détecter les aliments a haut index glycémique »

Réponse 4 : « Avoir une trame claire, compréhensible et courte pour une meilleure adhérence du patient ou bien le rédiger en plusieurs chapitres à faire en plusieurs fois avec le patient et intégrer une partie du programme à chaque consultation pour ne pas noyer le patient (physiopath et traitement possible à la première consultation, suivi et complication à la deuxième ...) »

Réponse 5 : « Oui, éventuellement, avoir le nom de la coordinatrice ou du coordinateur de ce programme qui pourrait me contacter par téléphone ou par mail pour mes patients en début du programme fin du programme problème pendant le programme. etc Ancien interne de l'hôpital de Martigues au début des années 90, je collabore avec les Médecins que j'ai rencontré à l'époque : néphro ,cardio etc. mais la retraite approche. D'une manière générale, j'ai toujours eu plus de facilité à travailler avec mes collègues de la clinique : accès rapide échange confraternel on se connaît, on se tutoie etc. etc. Les CR de mes collègues endocrino hospitaliers sont excellents, rien à dire, mais à chaque fois ils me donnent l'impression que je devrais arrêter de m'occuper de patients diabétiques Bonne journée »

Réponse 6 « Faire comprendre sa maladie au patient. Insister sur les règles hygiéno-diététiques en allant dans les détails. Rappeler et expliquer l'importance des examens complémentaires et de l'observance thérapeutique sur le long cours »

Réponse 7 « comment faire participer sur les horaires de journée des salariées diabétiques »

Discussion

1. Analyse critique de la méthodologie

1.1 Taux de participation à l'étude

Le taux de participation à cette étude est de 31,9 % (29 réponses sur 91 médecins) ce qui est plus ou moins équivalent ou supérieur taux obtenus dans ce type l'enquête (41) (43)

1.2 Représentativité de l'échantillon

24,1% des médecins avaient entre 20 et 30 ans. La tranche d'âge la plus représentée était les 30 à 40 ans (27,6 %) et les plus de 60 ans composaient 20,7 % de l'échantillon. Comparativement, l'âge moyen des médecins en activité régulière est de 48,1 ans au niveau national (39). Notre échantillon est légèrement plus jeune que la moyenne nationale, avec une surreprésentation notable dans la tranche des 30-40 ans. Cela peut être expliqué par le fait que nous ayons inclus dans l'étude 6 remplaçants ayant tous un âge compris entre 20 et 40 ans.

Concernant la représentativité des sexes, la proportion de femmes ayant répondu à cette étude était de 45%. Comparativement, 49.8% de femmes médecins généraliste étaient recensées en 2024 dans le département des bouches du Rhône (39)

Pour ce qui est du temps d'installation, une majorité des médecins étaient installés depuis moins de 10 ans (31%). Parmi ces médecins, tous avaient moins de 40 ans. Il est à noter qu'il existe une certaine attractivité de la zone du bassin martéchal pour l'installation des jeunes médecins généralistes.

Venait ensuite les médecins installés depuis plus de 30 ans (20,7 %)

Pour ce qui est du mode d'exercice, 62% des médecins exerçaient en cabinet de groupe ou au sein d'une MSP. Néanmoins persiste dans l'échantillon des médecins une proportion notable de médecins ayant plus de 40 ans continue à exercer seul (31%). En 2022, 69 % des médecins généralistes libéraux en France exerçaient en groupe (47). Ainsi notre échantillon est relativement comparable aux caractéristiques nationales.

1.3 Biais de recrutement

Seuls les médecins référencés sur l'annuaire santé d'Ameli ont été contactés pour répondre au questionnaire soit 91 médecins. Nous avons pu donc omettre des praticiens exerçant dans la zone concernée

1.4 Biais de compréhension

Il est possible dans cette étude que les médecins n'aient pas une connaissance précise ou uniforme de l'éducation thérapeutique. Les réponses pourraient être basées sur des interprétations incorrectes ou incomplètes de ce concept. Cela peut entraîner une collecte de données qui ne reflète pas fidèlement la réalité ou l'objectif de l'étude.

1.5 Biais de réponse

Dans cette étude, il n'est pas à exclure que certains biais de déclaration puissent apparaître dans le cadre d'une enquête avec des souvenirs manquant de précision ou des méconnaissances de l'information demandée

2. Discussion des résultats

Cette étude avait pour objectif final d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes exerçant dans le bassin martégal en termes d'ETP pour les patients diabétiques de type 2 et de connaître leurs attentes quant à un renforcement d'éducation thérapeutique au sein d'un programme hospitalier

2.1 Observation des pratiques actuelles des médecins généralistes en ETP pour les patients diabétiques de type 2

2.1.1 Représentation de la place du médecin généraliste dans la stratégie d'éducation thérapeutique

Dans cette étude 93,1 % des médecins considèrent **la délivrance d'information**, comme un rôle central dans l'ETP. Cela indique que pour la majorité, l'ETP consiste avant tout à transmettre des informations générales. Ces résultats suggèrent que la délivrance d'informations sur la maladie est une composante essentielle de l'éducation thérapeutique pour les médecins généralistes, et la plupart des médecins la considèrent comme une pratique courante dans leur prise en charge des patients.

De même 90,8 % des médecins estiment que **la définition des priorités d'apprentissage** fait partie de leur rôle. Il est encourageant de constater que la plupart des MG accordent de l'importance à la définition des priorités d'apprentissage car cela contribue à personnaliser l'ETP et à répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.

Dans les autres aspects de la stratégie d'ETP tels que **l'accompagnement psychosocial, le diagnostic et l'analyse des besoins éducatifs ou le suivi et évaluation des compétences acquises** les avis étaient partagés.

Il est observé chez les médecins installés depuis moins de 20 ans ou exerçant en MSP une tendance à pouvoir s'impliquer davantage dans la stratégie d'éducation thérapeutique. Par exemple les médecins exerçant en MSP sont 85,7% à estimer que le suivi et évaluation des compétences acquise faisait « tout à fait partie du rôle du médecin généraliste ($p = 0,0319$). De même les médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçant étaient 57,9% à estimer que le diagnostic et l'analyse des besoins éducatifs faisait « plutôt » partie du rôle du médecin généraliste ($p = 0,099$).

Pour ce qui est de **la définition d'un programme personnalisée d'ETP, la planification des séances ou la coordination du programme** la majorité des médecins généralistes pensent que cela ne fait pas partie de leur rôle.

Ces résultats sont concordants avec d'autres études où la planification de l'ETP et la structuration de programmes personnalisés sont rarement assurées par les médecins généralistes. Ces tâches étaient perçues comme relevant des équipes pluridisciplinaires ou de structures spécialisées. (35) (41)

De façon générale, Les résultats sont en cohérence avec les autres études, où le rôle du médecin en ETP se concentre majoritairement sur la diffusion d'informations générales plutôt que sur une approche éducative complète. (35) (41) (42)

Le *baromètre santé des médecins généralistes 2009* (44), enquête périodique auprès des médecins généralistes libéraux en France, a évalué l'opinion, les attitudes et les pratiques déclarées par les médecins généralistes concernant l'ETP. Les médecins y déclaraient avoir une pratique éducative fondée en priorité sur l'information et le conseil.

Cependant, L'ETP va au-delà de la simple transmission d'informations médicales. Dans son guide méthodologique (22) la Haute Autorité de Santé (HAS) souligne que l'ETP permet aux patients d'acquérir et de mobiliser des compétences d'autosoins et d'adaptation, en les renforçant et les maintenant dans le temps, dépassant la simple information en engageant activement le patient dans la gestion de sa maladie. Il s'agit là d'habiliter le patient à prendre en charge sa propre santé de manière autonome.

2.1.2 Modalité de réalisation

Le type d'éducation thérapeutique réalisé le plus souvent par les médecins généralistes retrouve une préférence marquée pour l'ETP réalisée lors de consultations classiques de suivi du patient (85 %). Seul 15% des médecins de l'échantillon réalisaient un ETP formel, à savoir dans le cadre d'un programme de collaboration pluridisciplinaire validée par l'ARS ou au cours de consultations dédiées individuelles.

Cette étude retrouve une proportion de médecins généralistes réalisant l'ETP en collaboration pluridisciplinaire (37%). Même si les résultats n'étaient pas significatifs ($p=0,6453$) ce sont les médecins exerçant en MSP qui étaient les plus nombreux à faire appel à ce type de programme (42,9%)

Dans l'étude de C. DARD ils étaient, 19,3 % à pratiquer l'ETP en collaboration avec d'autres professionnels de santé.

Dans l'étude de Perrine Peytavin (2012), intitulée "Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique : enquête de pratique auprès de 224 médecins généralistes de Midi-Pyrénées", il est indiqué que seuls 3,5 % des médecins généralistes interrogés participaient à des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) structurés et pluridisciplinaires. (50)

D'autres études ont montré que l'ETP est difficilement structuré en cabinet de médecine générale. Les médecins ont souvent recours à des conseils informels

pendant les consultations de suivi. Les programmes d'ETP validés par les ARS sont peu utilisés, en raison d'un manque de connaissance de ces programmes et d'un accès limité dans certaines régions. (35) (42) En la matière nos résultats sont légèrement plus favorables et indiquent une prise de conscience chez les médecins de l'importance de la dimension pluridisciplinaire dans l'ETP du patient diabétique même si cela reste encore insuffisant par rapport à l'importance de celle-ci.

2.1.3 Formation des médecins à l'ETP

Dans cette étude, seulement 3,5% des médecins interrogés (n=1) avait reçu une formation spécifique à l'ETP à savoir Master, DU ou formation validante de 40 heures minimum. Ce résultat est nettement en dessous de ce qui est documenté dans d'autres études : 51% dans l'étude de C. DARD, 25% dans l'étude ENTRED (35) (41)

Pourtant 76% des médecins non formés se disaient intéressés par une formation. D'autres études confirment également qu'un grand nombre de médecins non formés sont intéressés par des opportunités de formation. Cela indique un fort intérêt pour améliorer leurs compétences et pour intégrer l'ETP de manière plus structurée (35) (41) (42)

Un contraste se dessine donc entre la forte motivation des médecins à se former à l'ETP, témoignant de leur prise de conscience de leur rôle essentiel dans la prise en charge des patients diabétiques, et le faible taux de formation réellement suivie par ces professionnels.

Ceci souligne une lacune majeure dans l'accès ou l'adhésion à des formations.

Des contraintes organisationnelles, financières et l'absence d'information suffisante sur les ressources de formation disponibles, sont souvent un obstacle à la formation des médecins (48) (49)

2.1.4 Perception des facteurs limitants à l'ETP selon les médecins

- Le manque de temps (100%)

La totalité des médecins de l'échantillon identifient **le manque de temps** comme le principal facteur limitant pour mettre en place l'ETP en médecine générale. Ce

consensus souligne à quel point la contrainte temporelle est perçue comme un frein majeur.

Ces résultats concordent parfaitement avec les observations des autres études, qui identifient systématiquement le manque de temps comme le frein principal à une mise en œuvre efficace de l'ETP. (35) (41) (42)

Dans l'étude de C. DARD le manque de temps est l'obstacle le plus fréquemment cité par les médecins généralistes à Marseille (85,5%) , limitant leur capacité à organiser des séances d'ETP formalisées. Cette contrainte impacte également leur capacité à participer à des formations spécifiques.

Dans l'étude dans la région Dieppoise, le manque de temps est également mis en avant par les médecins comme un obstacle central à la pratique de l'ETP (74%). Cette contrainte est accentuée par l'absence de rémunération spécifique pour les activités d'éducation thérapeutique, rendant difficile leur intégration dans le flux quotidien des consultations.

- **La non-connaissance des ressources adaptées et les caractéristiques du patients non facilitantes (41,4%)**

, la non-connaissance des ressources adaptées était plus citée par les médecins installés depuis moins de 20 ans et remplaçant que par les médecins installés depuis plus de 20 ans ($p=0,1261$)

En revanche les caractéristiques non facilitantes du patient représentaient plus un facteur limitant chez les médecins exerçants seuls ($p=0,2231$)

Ces deux facteurs ont été également cités dans d'autres études (35) (42) (48)

Dans l'étude E. BOUST, les médecins interrogés estiment que la méconnaissance des outils éducatifs et des ressources locales est un frein majeur. Ils expriment un besoin de meilleures informations sur les programmes et réseaux disponibles, tels que MAREDIA, pour structurer les pratiques d'ETP.

L'étude ENTRED identifie également les caractéristiques des patients comme un facteur limitant, notamment pour les patients âgés ou ceux ayant des comorbidités multiples. Ces patients nécessitent un accompagnement plus intense, que les médecins généralistes ont souvent du mal à fournir dans un cadre non structuré.

- **L'absence de rémunération adaptée (38 %)**

La condition de la rémunération, inerrante à une pratique de la médecine libérale est souvent reprise et l'absence de rémunération adéquate constitue un obstacle. Cela peut suggérer que des incitatifs financiers pourraient encourager davantage de médecins à s'engager dans l'ETP.

Une enquête de la DREES a révélé que 90 % des médecins sont favorables à l'instauration de programmes d'ETP pour les patients atteints de maladies chroniques. Cependant, seuls 75 % se disent prêts à les mettre en œuvre eux-mêmes, à condition de bénéficier d'une formation et d'une rémunération appropriées (50)

- **Manque de connaissance/formation personnelle sur l'ETP (31%)**

De nombreux médecins généralistes considèrent le manque de formation en éducation thérapeutique comme un obstacle majeur. Cela souligne l'importance de proposer au cours des cursus médicaux une formation à l'ETP pour les internes et de promouvoir des programmes de formation continue des médecins en matière d'ETP

La thèse de Bruno Payet souligne que l'efficacité de l'ETP est démontrée, mais que sa mise en pratique est freinée par le manque de formation des médecins généralistes. Cette lacune limite leur capacité à structurer et à animer des programmes d'ETP efficaces (49)

2.1.5 Les médecins généralistes et les programmes d'ETP

2.1.5.1 Orientation vers les programmes d'ETP et facteurs favorisant cette orientation

Dans cette étude 83% des participants déclarent avoir déjà orienté des patients vers des programmes d'ETP. Pour les 17 % restant n'ayant jamais orienté de patients vers des programmes d'ETP, la principale raison citée était le manque d'information concernant les ressources disponibles en matière d'ETP.

Concernant les facteurs d'orientation vers les programmes d'ETP, cette étude a montré que les médecins généralistes font majoritairement appel aux programmes d'ETP dans certains cas précis :

-Lorsque leur message éducatif ne semble plus suffisant. On peut supposer que les médecins essaient de réaliser par eux même l'« éducation » de leur patient et qu'ils ont recours aux programmes s'il n'y parviennent pas avec leurs moyens.

1 médecin sur 10 dans l'étude déclare avoir recours systématiquement à des programmes d'ETP pour ses patients DT2. Les MG assurent donc en grande partie seul « l'éducation » des patients DT2 sans les inscrire dans un programme d'ETP à proprement parler. Le recours à ces programmes ne fait pas partie de leur pratique quotidienne.

L'étude ENTRED 2019 avait constaté que seulement 11 % des patients diabétiques déclaraient avoir participé à un programme structuré d'ETP, un chiffre similaire à celui observé dans ENTRED 2007-2010. (35) (51).

-Lorsque le patient en fait la demande lui-même. Ceci valide la nécessité de sensibiliser les patients à l'ETP. L'étude de Marion Moine a mis en évidence que 99 % des patients interrogés n'avaient pas connaissance de l'ETP. Cette méconnaissance constitue un frein majeur à leur participation active aux programmes éducatifs (48). Les programmes sont le plus souvent mis en place en milieu hospitalier, nécessitant un renforcement de la communication ville-hôpital (61)

-Lorsque le patient est jugé en situation de vulnérabilité (isolement, précarité, faible niveau intellectuel). Cette approche est plus que justifiée, dans un contexte socio-économique défavorisé ou les patients présentent davantage de facteurs de risque (obésité, tabagisme, mauvais contrôle glycémique) et de complications, notamment coronaires et podologiques (35). Le critère de vulnérabilité du patient constitue un facteur d'orientation privilégié chez les médecins exerçant seuls ($p = 0,0221$). Cela s'explique probablement par le fait qu'ils ne disposent pas d'une ressource immédiate dans les locaux, comparativement aux médecins travaillant en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou en cabinet de groupe.

2.1.5.2 Perception de l'offre de soin en matière d'ETP sur le bassin martégal

Les résultats reflètent une perception variée de l'offre de soins dans le bassin martégal, avec un équilibre entre ceux qui la jugent adaptée (35 %) et ceux qui sont indécis (35 %). Cependant, une proportion non négligeable (27 %) considère cette offre insuffisante, mettant en lumière des besoins spécifiques à combler.

Les médecins installés depuis plus de 20 ans étaient les plus nombreux (70%) à juger l'offre de soin en matière d'ETP « adaptée aux besoins » sur le secteur ($p=0,0013$).

A peine plus de la moitié des médecins interrogés (51,3%) avait connaissance du programme d'ETP au sein de l'hôpital de Martigues. Les médecins installés depuis plus de 20 ans étaient les plus nombreux (70%) à en avoir connaissance (p=0,2451)

Les réponses à cette question soulignent l'importance d'améliorer la visibilité des ressources locales auprès des professionnels afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Des études ont mis en évidence que lorsque des ressources d'ETP sont en place, ce sont des ressources précieuses pour les praticiens. Cependant certains médecins expriment une méconnaissance de son fonctionnement ou des difficultés d'accès, limitant ainsi son utilisation optimale (38) (46)

2.1.6 Résumé sur l'observation des pratiques

Dans cette étude 74 % des médecins déclarent pratiquer l'ETP avec les patients diabétiques de type 2 au sein de leur cabinet de médecine générale. Ces résultats sont comparables aux résultats retrouvés dans d'autre étude sur le sujet (41) (42)

Cela souligne l'importance accordée à l'éducation thérapeutique des patients comme composante de la prise en charge des patients atteints de DT2 dans la pratique de la médecine générale. Les médecins généralistes reconnaissent les bénéfices que peut avoir l'ETP pour les patients diabétiques. En effet plus de 90% des interrogés sont en accord avec les objectifs de l'ETP énoncés par HAS dans son rapport de juin 2007 (23) à savoir :

- Acquérir / maintenir de compétences de sécurité, d'autosoin et d'adaptation
- Augmenter l'autonomie du patient
- Améliorer la qualité de vie du patient

Cependant on peut penser qu'il existe une confusion chez les médecins généralistes entre l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) proprement dite.

Cette confusion s'explique probablement en grande partie par un manque de formation/sensibilisation à l'ETP

Dans leur pratique quotidienne, l'ETP est rarement réalisé de manière formelle et s'intègre principalement de façon informelle lors des consultations classiques de suivi. Les médecins généralistes se retrouvent souvent à gérer seuls cette démarche, sans avoir recours à des programmes pluridisciplinaires validés.

Les médecins généralistes ne peuvent pas, à eux seuls, couvrir tous les aspects de l'ETP, principalement en raison du manque de temps. Malgré ces limites, ils sont pleinement conscients de leur rôle central dans la définition des priorités d'apprentissage des patients et dans la transmission d'informations essentielles sur la maladie. Beaucoup sont même prêts à s'engager davantage en réalisant le diagnostic et l'analyse des besoins éducatifs de leurs patients. Une majorité des MG est également prêt à suivre une formation à l'ETP.

En encourageant la formation/sensibilisation des médecins généralistes à l'ETP peut être par des incitatifs financiers et en renforçant la communication autour des programmes existants, la prise en charge des patients pourrait être optimisée.

En étant formé les médecins généralistes, qui connaissent mieux leurs patients que la plupart des autres professionnels de santé, sont particulièrement bien placés pour identifier les aspects de l'ETP nécessitant un renforcement, notamment au travers de programmes hospitaliers spécialisés.

2.2 Attente des médecins généralistes vis-à-vis d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitalier dans le cadre du diabète de type 2

2.2.1 Domaine de compétence générale prioritaire à renforcer selon les médecins

La mise œuvre des modifications du mode de vie était le domaine de compétence prioritaire à renforcer selon les médecins puisque cité par 83% d'entre eux.

Ce domaine comprenant l'alimentation et l'activité physique est jugée cruciale, ayant un impact direct sur la gestion du diabète.

Ces résultats sont en adéquation avec l'étude ENTRED 2007/2010 où la principale difficulté rencontrée était l'adhésion des patients aux recommandations dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique (35)

2.2.2 Compétences spécifiques à renforcer prioritairement au sein d'un programme d'ETP hospitalier selon les médecins

D'après les résultats de cette étude nous avons pu identifier 2 groupes de compétences spécifiques à renforcer prioritairement.

2.2.2.1 Compétences largement abordé en consultation par les médecins avec demande de renforcement prioritaire en programme d'ETP

Bien que ces compétences soient déjà largement abordées en consultation, les médecins ont souligné que la connaissance des complications du diabète et la sensibilisation à l'importance de leur dépistage par des examens complémentaires devaient être renforcées en priorité.

L'étude de Peytavin P. révèle également que les médecins généralistes abordent fréquemment les complications en consultation, mais expriment le besoin de renforcer l'accès aux ressources éducatives pour mieux structurer ces compétences. (53)

Cela confirme le besoin de structurer les programmes autour des complications.

2.2.2.2 Compétence non ou peu abordé en consultation par les médecins avec demande de renforcement prioritaire en programme d'ETP

Ces compétences concernent l'utilisation du matériel (lecteur de glycémie ou stylo à insuline). Les études DAWN avait déjà identifié des lacunes concernant l'utilisation des outils comme le lecteur de glycémie et les stylos à insuline. De nombreux patients se sentent insuffisamment formés pour gérer les outils d'autosoins (52)

D'autre part elles concernent des compétences liées à l'alimentation (savoir composer un repas équilibré ou encore connaître les aliments glucidiques et leur impact sur la glycémie) nécessitent une attention particulière. De nombreuses études dont l'étude sur le parcours de soins des personnes DT2 menée en 2021 par la fédération française des diabétiques montrent que la plupart des personnes n'ont consulté de nutritionniste et/ou de diététicien seulement plusieurs années après le diagnostic de leur diabète. Il en résulte des difficultés de compréhension et d'adaptation du régime alimentaire les premiers mois, voire les premières années de vie avec le diabète (45) Les études ENTRED de 2007 et 2019 soulignaient également des lacunes persistantes dans la prise en charge nutritionnelle des patients diabétiques en France. L'accès limité aux programmes d'ETP et aux consultations diététiques par manque de professionnels

disponibles et de prise en charge financière entrave l'acquisition de compétences nutritionnelles essentielles pour une gestion optimale du diabète. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer l'intégration de la nutrition dans la prise en charge du diabète et d'améliorer l'accès aux ressources diététiques pour les patients (35) (51)

Le fait que ces thématiques soient peu abordées en consultation par les médecins généralistes peut s'expliquer par des facteurs limitants tels que le manque de temps ou une formation insuffisante dans ces domaines. Cela pourrait également être lié à la perception des médecins, qui considèrent que ces compétences relèvent davantage du rôle d'une infirmière ou d'une diététicienne plutôt que de celui du MG

Une équipe pluridisciplinaire serait d'autant plus indiquée dans la prise en charge de ces compétences notamment au sein d'un programme d'ETP hospitalier

2.2.3 Cas de l'aspect psycho social dans le diabète

Les compétences psycho sociales sont rarement abordées en consultation avec les patients (60% ou plus des médecins ne les abordent que « rarement » ou « jamais ») exception faite de l'acceptation de la maladie (abordée « toujours » ou « souvent » par 58 % des médecins).

Les compétences psycho sociales ne semblent pas non plus être dans les compétences prioritaires à renforcer au sein d'un programme d'ETP hospitalier puisque mis à part pour l'acceptation de la maladie jugée renforcement prioritaire par 69% des médecins de l'étude, le reste des compétences ne sont jugées renforcement prioritaire que par 31 à 56 % des médecins.

Ces résultats concordent avec ceux de la question 18 ou seulement 21 % des médecins jugent la prise en charge psycho sociale comme axe de renforcement prioritaire par rapport aux autres domaines.

Ces résultats suggèrent une sous-considération de l'impact psycho sociale du diabète par les médecins. En effet Les études DAWN et DAWN 2 ont mis en évidence l'importance de l'aspect émotionnel et psychologique dans le diabète. (52)(53)

Dans l'étude DAWN2, 41 % des patients déclaraient se sentir stressés par leur maladie. Une majorité de patients et de soignants considèrent que les aspects émotionnels et psychologiques ne sont pas suffisamment pris en compte par les

soignants. Seulement 50 % des patients estiment recevoir un accompagnement adapté à leurs besoins psychosociaux. Dans cette étude les soignants reconnaissent qu'ils manquent de temps et de formation pour intégrer pleinement les aspects éducatifs et psychosociaux dans leur prise en charge. (53)

De même L'étude intitulée "Addressing the Needs of Patients With Multiple Chronic Illnesses: The Case of Diabetes and Depression" publiée en février 2004 dans *The American Journal of Managed Care*, a montré que la dépression est fréquente chez les patients atteints de diabète et aggrave leur capacité à gérer leur maladie (37)

Dans ces études une corrélation entre le stress lié à la gestion du diabète et la faible adhésion au traitement a été mise en évidence.

Il semble donc pertinent d'intégrer les aspects psychosociaux dans les programmes d'ETP.

2.2.4 Améliorer la communication sur les programmes

Plusieurs médecins de l'étude ont suggéré d'améliorer la communication sur le programme afin de pouvoir de mettre en contact plus facilement la médecine de ville et l'hôpital.

Dans l'étude de C. DARD Les médecins généralistes interrogés à Marseille exprimaient également une méconnaissance des programmes d'ETP disponibles localement. Peu d'entre eux étaient informés des modalités d'inscription de leurs patients à ces programmes ou du rôle des coordonnateurs (41)

L'Étude DAWN2 avait également identifiée un manque de communication entre les soignants hospitaliers et les médecins de ville, ce qui limite la continuité des soins pour les patients diabétiques. Les soignants de ville estimaient ne pas être suffisamment impliqués dans la conception et le suivi des programmes d'ETP. (53)

3.Implications Pratiques

3.1 Renforcer la formation des médecins généralistes à l'ETP

Dans cette étude une faible proportion de médecins étaient formés à l'ETP (3,5 %). De même le manque de formation constitue un obstacle à la mise en place de l'ETP en médecine générale puisque cité par 31% des médecins de l'étude

Pourtant Les médecins formés déclarent une plus grande capacité à structurer l'ETP et à collaborer dans des cadres pluridisciplinaires (41)

De fait plusieurs recommandations pourraient être émises :

3.1.1 Développer des formations accessibles et adaptées

Pour répondre aux besoins des médecins généralistes en matière de formation à l'éducation thérapeutique, des modules en ligne flexibles pourraient être mis en place, permettant de concilier apprentissage et emploi du temps chargé.

Une revue de la littérature sur les dispositifs hybrides de formation dans l'enseignement supérieur a mis en évidence que ces dispositifs, qui combinent des sessions en présentiel et des ressources numériques, offrent une flexibilité accrue et favorisent une meilleure appropriation des contenus par les apprenants (55)

Ces formations numériques offrent une accessibilité optimale et permettent une progression autonome selon les disponibilités des professionnels. Financées par des dispositifs régionaux ou le DPC, elles permettent d'allier interactivité avec les formateurs et apprentissage personnalisé.

Le ministère de la Santé a également mis en place des stratégies pour renforcer les compétences numériques des professionnels de santé, incluant des financements dédiés à la formation continue dans ce domaine (56)

Des sessions courtes, axées sur des compétences prioritaires telles que la gestion de la glycémie, les principes alimentaires adaptés et la prévention des complications du diabète, pourraient offrir une approche ciblée et pratique pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques.

3.1.2 Rendre obligatoire une sensibilisation à l'ETP dans la formation initiale des médecins généraliste

Pour renforcer les compétences des professionnels de santé en éducation thérapeutique, il serait pertinent d'intégrer des cours spécifiques à l'ETP dès les études de médecine.

Un rapport de la Structure Régionale d'Éducation Thérapeutique du Patient (SRETP) des Pays de la Loire souligne l'importance d'inclure l'ETP dans les cursus initiaux des professionnels de santé. Cette inclusion vise à sensibiliser les futurs praticiens à l'importance de l'ETP et à fournir les compétences nécessaires pour sa mise en œuvre efficace.

Ce rapport souligne également que l'ETP est plus efficace lorsqu'elle est dispensée par une équipe interdisciplinaire, ce qui nécessite des formations conjointes pour les différents acteurs de santé. (57)

La mise en place de formations interprofessionnelles, réunissant médecins, infirmiers, diététiciens et psychologues, favoriserait une collaboration efficace entre les différents acteurs de santé permettraient de développer une compréhension commune et de coordonner les interventions, améliorant ainsi la qualité de la prise en charge des patients

3.2 Amélioration la communication sur les programmes

L'étude révèle un manque de communication sur le programme entre ville et hôpital. Seulement 48,7 % des médecins de l'échantillon connaissent le programme d'ETP de l'hôpital de Martignes. Le manque de communication entre ville et hôpital ainsi que le non-connaissance des sources d'ETP local ont été cités dans d'autres études (41) (53)

3.2.1 Créer des points de contact clair

Pour établir des points de contact clairs, il est essentiel de désigner des référents locaux ou hospitaliers qui soient facilement joignables, que ce soit par téléphone ou par courriel. Ces référents pourront servir d'interlocuteurs privilégiés pour répondre aux questions et orienter les professionnels de santé. Une étude sur la coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient souligne la nécessité d'une meilleure communication entre les différents intervenants, suggérant que des référents clairs peuvent améliorer cette coordination (60)

Le développement de l'éducation thérapeutique en France a été soutenu par des schémas régionaux de prévention et d'éducation pour la santé (SREPS), qui ont permis une adaptation des programmes aux spécificités locales et une meilleure diffusion auprès des professionnels de santé (61).

Il faudrait continuer en ce sens, par le biais des ARS ou autre acteur de santé comme les CPTS car l'organisation d'événements régionaux pourraient permettre de présenter les programmes disponibles ainsi que les coordinateurs, favorisant ainsi une meilleure connaissance des ressources accessibles.

Pour renforcer l'accès et la visibilité des ressources en éducation thérapeutique du patient (ETP), la création d'une plateforme numérique régionale pourrait également être une solution. Cette plateforme aurait pour objectif de centraliser l'ensemble de l'offre disponible en matière d'ETP, qu'il s'agisse de programmes hospitaliers, d'activités au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore des initiatives portées par les réseaux de santé. Elle faciliterait également les inscriptions des patients en permettant une gestion simplifiée et intuitive, tout en offrant un suivi transparent et structuré des programmes, garantissant ainsi une meilleure coordination et une efficacité accrue dans leur mise en œuvre.

En Nouvelle aquitaine, L'Agence Régionale de Santé (ARS) a lancé le programme numérique d'ETP IMPULSE, destiné aux patients atteints de surpoids et d'obésité modérée. Cette plateforme centralise les offres d'ETP et permet une gestion simplifiée des inscriptions, tout en assurant un suivi structuré des programmes (62)

3.3 Rendre l'ETP économiquement viable

L'étude monde que le manque de rémunération en termes d'ETP constitue un frein à la mise en place en médecine générale puis qu'il est cité par 38% des médecins de l'étude et également cité dans d'autre étude (48) (49)

A ce jour, les ARS financent des programmes d'ETP « portés par des établissements de santé (publics ou privés – MCO, psychiatrie, SSR), les établissements médico-sociaux, les réseaux de santé, les maisons de santé pluri professionnelles, centre de santé, collectivités territoriales ». La médecine de ville en est exclue, à moins de mettre en place des actions à travers les CPTS. (63)

Pour garantir la pérennité de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et encourager son intégration dans la pratique courante, il est essentiel de la rendre économiquement viable pour les professionnels de santé.

Une première mesure consisterait à créer une consultation longue spécifique à l'ETP, assortie d'une facturation dédiée, permettant aux médecins de consacrer le temps nécessaire à l'accompagnement éducatif des patients tout en étant justement rémunérés.

Par ailleurs, l'amélioration des indicateurs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est une piste clé : intégrer des critères spécifiques à l'ETP, comme la fréquence des orientations vers les programmes validés ou l'utilisation d'outils éducatifs, renforcerait l'implication des praticiens dans ces démarches.

3.4 Intégrer des dimensions prioritaires dans les programmes d'ETP

L'étude constate une faible prise en charge ambulatoire dans certains aspects clés comme l'utilisation du matériel d'autosoin, la prise en charge nutritionnelle ou encore la prise en charge psycho social.

Pour y remédier il serait possible d'inclure dans les programmes d'ETP des modules spécifiques pour l'autogestion (formation pratique sur les lecteurs de glycémie et stylos à insuline ..) mettre en place des sessions éducatives sur la nutrition (par exemple , créer des partenariats avec des diététiciens pour proposer des ateliers réguliers en ville ou en milieu hospitalier)

Ne pas omettre d'aborder les aspects psycho sociaux en sensibilisant les soignants à l'importance de l'impact social et émotionnel du diabète. Il serait intéressant d'inclure également des psychologues dans les programmes hospitaliers pour accompagner les patients en difficulté

Conclusion

Cette thèse explore les pratiques et les attentes des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2 (DT2) dans le bassin Martégal, en mettant en évidence leurs forces, leurs défis et les opportunités d'amélioration. Elle souligne que l'éducation thérapeutique, bien que reconnue comme essentielle par les médecins généralistes, reste encore sous-développée dans sa structuration et son intégration dans les pratiques quotidiennes.

Principaux enseignements :

1) Pratiques actuelles des médecins généralistes :

La majorité des médecins déclarent pratiquer une forme d'éducation thérapeutique, principalement sous la forme de conseils délivrés lors des consultations classiques. Cependant, l'ETP structurée, incluant des programmes validés et des collaborations pluridisciplinaires, reste rare.

Les médecins montrent une bonne compréhension des objectifs généraux de l'ETP, mais limitent souvent leur rôle à la transmission d'informations, sans engager pleinement le patient dans une démarche d'autonomie et de gestion active de sa maladie.

2) Formation et collaboration :

Une très faible proportion des médecins généralistes interrogés a suivi une formation spécifique à l'ETP. Pourtant, un intérêt marqué pour ces formations est exprimé, révélant une volonté d'amélioration.

La collaboration pluridisciplinaire reste limitée, bien qu'elle soit perçue comme essentielle pour une prise en charge optimale. Les médecins exerçant en MSP semblent mieux intégrer cette dimension.

3) Freins à l'ETP :

Le manque de temps est unanimement reconnu comme le principal obstacle à la mise en œuvre de l'ETP, suivi par la méconnaissance des ressources locales et les caractéristiques des patients.

Les contraintes économiques et organisationnelles, notamment l'absence de rémunération dédiée, freinent également l'intégration de l'ETP dans les consultations de médecine générale.

Attentes vis-à-vis d'un programme hospitalier :

Les médecins attendent prioritairement un renforcement des compétences liées aux modifications du mode de vie (alimentation, activité physique), à l'utilisation du matériel d'autosoins et à la gestion des situations exceptionnelles.

Ils expriment également un besoin d'améliorer la communication et la coordination entre les structures hospitalières et la médecine de ville, afin de garantir une continuité des soins et un suivi des patients orientés vers des programmes d'ETP.

Propositions :

Renforcer la formation des médecins généralistes : Proposer des formations flexibles, financées et adaptées, tout en intégrant l'ETP dans la formation initiale des soignants.

Faciliter l'accès et la visibilité des ressources d'ETP locales : Créer une plateforme numérique dédiée, développer des points de contact clairs, et améliorer la communication entre les médecins et les programmes hospitaliers.

Promouvoir la collaboration pluridisciplinaire : Soutenir les MSP et les structures en réseau pour intégrer des approches multidimensionnelles dans la prise en charge du DT2.

Améliorer la viabilité économique de l'ETP : Instaurer des consultations longues dédiées à l'ETP et récompenser l'implication des médecins à travers des indicateurs ROSP ou des subventions.

Adapter les programmes hospitaliers aux besoins identifiés : Intégrer des modules spécifiques sur les aspects pratiques (autogestion), nutritionnels et psychosociaux pour combler les lacunes actuelles.

Conclusion générale :

L'éducation thérapeutique des patients atteints de DT2 est un pilier fondamental de leur prise en charge, mais elle reste entravée par des freins organisationnels, économiques et structurels. Cette thèse met en évidence la nécessité d'une meilleure structuration des pratiques en médecine générale et d'un renforcement de la collaboration entre les acteurs de santé. En développant des programmes hospitaliers adaptés et en favorisant l'implication des médecins généralistes, il est possible d'améliorer significativement la qualité des soins et l'autonomie des patients. Cette démarche, centrée sur le patient et soutenue par une approche pluridisciplinaire, constitue une étape clé dans l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques telles que le DT2.

Bibliographie

1. American Diabetes Association. (2022). Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), S1-S217.
2. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 24 nov 2024]. 83 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/204871>
3. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 16 déc 2013;37(Supplement_1):S81-90.
4. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 25 mars 2009
5. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *New England Journal of Medicine*. 13 sept 2001
6. Meigs JB, Cupples LA, Wilson PW. Parental transmission of type 2 diabetes: the Framingham Offspring Study. *Diabetes*. 1 déc 2000
7. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 1 nov 2010;33(11):2477-83
8. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
9. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*. 11 juin 2020;43(7):1636-49.

10. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, Fernandes JD da R, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 1 avr 2018;138:271-81.
11. Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24(3), 561-587.
12. Erin É. Évaluation de l'impact du programme d'éducation thérapeutique MADIN'SANTE en Martinique sur certains indicateurs biométriques chez les patients diabétiques type 2.
13. Perrot É, Mathivet V. Impact sur la qualité de vie d'un programme d'éducation thérapeutique chez des patients diabétiques de type 2 dans le Vaucluse. 2020;
14. Cornille R. L'éducation thérapeutique du patient a-t-elle un effet positif sur la prise en charge du diabétique de type 2?
15. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. mai 2004;27(5):1047-53.
16. Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18(7), 943-949.
17. Buzz A, Duviella A. L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Proformed. 2018 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.proformed.fr/actualites/lhistoire-de-leducation-therapeutique-du-patient-etp/>
18. Grimaldi A. Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée... *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2017;11(3):308-312.

19. World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
20. Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791
21. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
22. Haute Autorité de Santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Saint-Denis: HAS; 2007. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
23. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obes.* mars 2009;4(1):39-43.
24. Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2003). Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Education*, 29(3), 454-464.
25. Zoffmann V, Lauritzen T. Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2006;64(1-3):78-86. doi:10.1016/j.pec.2005.11.017
26. Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient - Légifrance [Internet]. [cité 16 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>

27. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 août 2024]. Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadriennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation
28. Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., ... & Sutherland, J. (2017). 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *The Diabetes Educator*, 43(5), 449-464.
29. Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C. E., Duker, P., Edwards, L., ... & Youssef, G. (2014). National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 37(Supplement_1), S144-S153.
30. Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hoseney, G. M., Jensen, B., ... & Weiss, M. A. (2009). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 32(Supplement_1), S87-S94.
31. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003.
32. Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-López S, Bermúdez-Millán A, Segura-Pérez S. Impact of Peer Nutrition Education on Dietary Behaviors and Health Outcomes among Latinos: A Systematic Literature Review. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. juill 2008;40(4):208-25.
33. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. sept 2005;83(3):457-502.
34. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001;24(10):1821-1833

35. Fournier C, Gautier A, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, et al. Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins, étude Entred 2007-2010. France ; 2011
36. Delamater, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.
37. Piette, J. D., Richardson, C., & Valenstein, M. (2004). Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. *American Journal of Managed Care*, 10(2 Pt 2), 152-162.
38. Peccoux-Levorin C. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé.
39. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
40. d'Ivernois JF, Gagnayre R, les membres du groupe de travail de l'IPCCEM. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. déc 2011;3(2):S201-5.
41. Dard C. Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale à Marseille: pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP. 2018;
42. Boust E. Éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2. Pratiques, besoins et perspectives des médecins généralistes de la région Dieppoise, dans le contexte de création d'une antenne locale de l'association MAREDIA. 26 juin 2014;130.
43. TRAIN. Education thérapeutique et médecine générale.
44. Gautier A, Béra N, éditeurs. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2011.
45. Pascal C. Étude sur le parcours de soins des personnes diabétiques de type 2 [Internet]. Diabète LAB. 2021 [cité 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/parcours-soins-diabetiques-type-2/>

46. Landrin M. Recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en secteur semi-rural dans le canton de Barentin: (MAREDIA, IDE, pharmaciens, diététiciennes, service SSR, consultations de proximité, service de diabétologie, service téléphonique).
47. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Sept généralistes libéraux sur dix exercent en groupe en 2022. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/sept-generalistes-liberaux-sur-dix-exercent-en-groupe-en-2022>
48. Moine M. Mise en place de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluriprofessionnelles du Nord Vienne : freins et leviers du point de vue des patients, des médecins généralistes et des animateurs-éducateurs [thèse]. Poitiers : Université de Poitiers; 2022.
49. Bruno Payet - Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste (2004)
50. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile - Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/education-therapeutique-des-patients-et-hospitalisation-domicile?utm_source=chatgpt.com
51. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Saboni L, Mandereau-Bruno L, Bénézet L, Raimond V, et al. Études Entred : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France - Premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019. Bull Epidemiol Hebd. 2022;(22):383-392.
52. Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine*, 22(10), 1379-1385.
53. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RI, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national*

benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. Diabet Med. 2013 Jul;30(7):767-77

54. Perrine Peytavin (2012), intitulée "Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique : enquête de pratique auprès de 224 médecins généralistes de Midi-Pyrénées"
55. Cabrejo L, Popelier M, Grimaldi A. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : passé, présent, avenir. Médecine des Maladies Métaboliques. 1 févr 2024;18(1):8-13. 1.
56. Peltier C, Séguin C. Hybridation et dispositifs hybrides de formation dans l'enseignement supérieur : revue de la littérature 2012-2020. Distances et médiations des savoirs Distance and Mediation of Knowledge [Internet]. 11 oct 2021 [cité 14 déc 2024];(35). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/dms/6414> 1.
57. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 14 déc 2024]. Publication de la doctrine du numérique en santé - Version 2023. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/espace-presse/publication-de-la-doctrine-du-numerique-en-sante-version-2023>
58. SRETP Pays de la Loire. Rapport : État des lieux de l'Éducation Thérapeutique du Patient dans la formation initiale. Structure Régionale d'Éducation Thérapeutique du Patient; 2018. Disponible sur : https://sretp-pdl.org/wp-content/uploads/SRETP_Rapport_EtatDesLieuxETPFormationInitiale_VF2018.pdf 1.
59. Boutinet JP. Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient. Savoirs. 31 déc 2013;33(3):83-94. 1.
60. Babau É, Courie D, Goiset L. La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient. 29 août 2023;221. 1. 1.
61. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. Santé Publique. 2007;19(4):283-92. 1.
62. L'ARS lance le projet IMPULSE, un programme numérique d'éducation thérapeutique des patients en Nouvelle-Aquitaine, accessible à distance [Internet]. 2024 [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle->

aquitaine.ars.sante.fr/index.php/lars-lance-le-projet-impulse-un-programme-numerique-deducation-therapeutique-des-patients-en 1. 1.

63. Modalités de financement ETP ARS PACA 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2021-01/Modalit%C3%A9s%20de%20financement%20ETP%20ARS%20PACA_0.PDF

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins de l'échantillon

1) *Exercez-vous dans l'une de ces communes ? (Une seule réponse possible) :*

-Martigues -Istres -Port de Bouc -Saint Mitre les Remparts -Fos-sur-Mer

Oui Non

2) *Etes-vous ? (Une seule réponse possible) :*

Une femme Un homme

3) *Quel âge avez-vous ? (Une seule réponse possible) :*

20-30 ans 30-40 ans 40-50 ans Plus de 60 ans

4) *Depuis quand êtes-vous installé ? (Une seule réponse possible)*

Je ne suis pas installé (remplaçant)

0-10 ans 10-20 ans 20-30 ans Plus de 30 ans

5) *Quel est votre mode d'exercice ? (Une seule réponse possible)*

- Seul cabinet de groupe composé uniquement de médecin
- Cabinet pluridisciplinaire indépendant (infirmier, kinésithérapeute)
- Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)

6) *Pour vous l'objectif de l'éducation thérapeutique c'est : (Une seule réponse possible par ligne)*

Réponses : 100% d'accord Plutôt d'accord Plutôt en désaccord 100% en désaccord

L'acquisition/maintien de compétences d'autosoins

L'acquisition de compétences de sécurité

L'acquisition/mobilisation de compétences d'adaptation

Augmenter son autonomie

Améliorer sa qualité de vie et celle de ses proches

Faciliter son adhésion au traitement prescrit

Aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement

7) *Vous êtes-vous déjà formé spécifiquement à l'ETP ? (Master, DU ou formation validant de 40 heures minimum) : (Une seule réponse possible)*

Oui Non mais je suis intéressé Non et je ne suis pas intéressé

8) *Diriez-vous que vous faites de l'éducation thérapeutique avec vos patients atteints de diabète de type 2 ? : (Une seule réponse possible)*

- Systématiquement pour tous les patients DT2
- Pour quasiment tous les patients DT2
- Pour quelques patients DT2
- Pour aucun patient DT2

9) *Quel type d'éducation thérapeutique réalisez-vous le plus souvent ? : (Plusieurs réponses possibles)*

- ETP réalisés lors de consultations classiques de suivi du patient
- ETP réalisés lors de consultations individuelles dédiées (45 min.)
- ETP en collaboration pluridisciplinaire (infirmier, nutritionniste.) Hors programme validé par l'ARS
- ETP en collaboration pluridisciplinaire dans le cadre d'un programme validé par l'ARS

10) *Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 ? (Une seule réponse possible par ligne)*

Réponses : Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

Diagnostic et analyse des besoins éducatifs
Définition d'un programme personnalisé d'ETP
Définition des priorités d'apprentissage
Planification de séances d'ETP
Suivi et évaluation des compétences acquises
Délivrance d'information concernant sa maladie
Accompagnement psycho social
Coordination du programme d'ETP

11) De manière globale comment évaluez-vous votre prise charge en matière d'éducation thérapeutique avec vos patients DT2 ? (Une seule réponse possible)

Très satisfaisante Satisfaisante Améliorable insuffisante

12) *Quels sont, à votre avis, les principaux facteurs limitants à la mise en place de l'éducation thérapeutique en médecine générale ? (Choisissez 3 réponses maximum)*

- Manque de temps
- Manque de connaissance/formation personnelle sur l'ETP
- Manque de sensibilisation des patients à l'ETP
- Caractéristiques du patient non facilitantes (environnement, entourage, précarité ...)
- Absence de rémunération adaptée
- Non connaissances des ressources adaptées (structure d'ETP / praticien spécialisé en ETP...)
- Autres :

13) *Avez-vous déjà orienté vos patients vers des programmes d'ETP ? (Une seule réponse possible)*

Oui Non

14) *Pour quelles raisons n'adressez-vous pas vos patients vers ces programmes ? (Citez 1 à 5 raisons)*

15) *Dans votre pratique quelles situations/caractéristiques du patient vous décide à orienter vos patients DT2 vers un programme d'ETP ? (Choisissez 1 à 4 réponses maximum)*

- Systématiquement chez tous les patients
- Patient diabétique en situation d'isolement ou de précarité
- Patient avec un faible niveau intellectuel
- Patient diabétique demandeur
- Lors de la survenue de complications
- Lorsque la prise en charge devient difficile et complexe (impasse thérapeutique / déséquilibre majeur)
- Lorsque votre message éducatif ne semble pas suffire seul
- Patient diabétique nouvellement dépisté
- Patient nécessitant une insulinothérapie par schéma basal bolus
- Autre :

16) *L'offre de soin en matière d'ETP pour les patients diabétiques sur la région du Bassin Martégal est pour vous : (Une seule réponse possible)*

- Inexistante
- Insuffisante
- Adaptée au besoin
- Très largement suffisante
- Je n'en ai aucune idée

17) *Avez-vous connaissance de l'existence de programme d'ETP pour les patients diabétiques au CH de Martigues ? (Une seule réponse possible)*

Oui Non

18) Dans le cadre d'un programme d'ETP hospitalier, sur quelles compétences à développer par le patient attendriez-vous un renforcement d'éducation thérapeutique en priorité ? (Choisissez 3 réponses maximum)

- Connaissance de la maladie (physiopathologie / complications/ thérapeutiques)
- La Mise en œuvre des modifications du mode de vie (alimentation / activité physique)
- L'utilisation du matériel et réalisation des gestes techniques
- La gestion des situations exceptionnelles (ex : hypo/hyperglycémie)
- La prise en charge psycho sociale de la maladie

19) Dans votre prise en charge en consultation, concernant la connaissance de la maladie et des thérapeutiques médicamenteuses, abordez-vous avec vos patients DT2 (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Jamais Rarement Souvent Toujours

La Physiopathologie de la maladie
Les Complications du diabète et la nécessité des examens complémentaires
Les objectifs d'HbA1C personnalisés
Comprendre le mécanisme d'action des traitements (ADO, insuline)
Connaître les effets secondaires des traitements

20) De la même façon sur lesquels de ces champs attendriez-vous un renforcement d'éducation thérapeutique pour vos patients dans un programme d'ETP hospitalier ? (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Inutile Facultatif Nécessaire mais secondaire Renforcement prioritaire

La Physiopathologie
Les Complications du diabète et la nécessité des examens complémentaires
Les objectifs d'HbA1C personnalisés
Comprendre le mécanisme d'action des traitements (ADO, insuline)
Connaître les effets secondaires des traitements

21) Dans votre prise en charge, concernant les compétences d'auto soin, abordez-vous avec vos patients : (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Jamais Rarement Souvent Toujours

Autosurveillance et soins des pieds (ex : chaussage adaptée ...)
Utilisation du lecteur de glycémie
Utilisation des stylos d'insuline si nécessaire
La Compréhension d'un protocole d'insuline et l'adaptions des doses
Reconnaissance des signes d'hypoglycémie et conduite à tenir
Reconnaissance des signes d'hyperglycémie et conduite à tenir

22) De la même façon sur lesquels de ces compétences d'auto-soin attendriez-vous un renforcement d'éducation thérapeutique pour vos patients dans un programme d'ETP hospitalier ? (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Inutile Facultatif Nécessaire mais secondaire Renforcement prioritaire

Autosurveillance et soins des pieds (ex : chaussage adaptée ...)
Utilisation du lecteur de glycémie
Utilisation des stylos d'insuline si nécessaire
La Compréhension d'un protocole d'insuline et l'adaptations des doses
Reconnaissance des signes d'hypoglycémie et conduite à tenir
Reconnaissance des signes d'hyperglycémie et conduite à tenir

23) Dans votre prise en charge, concernant les modifications du mode vie, abordez-vous avec vos patients DT2 : (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Jamais Rarement Souvent Toujours

Sensibilisation au sport et à la pratique d'une activité physique adaptée
Lutte contre la sédentarité
Savoir composer un repas équilibré
La perte de poids
Connaître les aliments glucidiques et leur impact sur la glycémie \$
Structuration de l'alimentation (ex : respect de l'horaire des repas.) Prévention de la dyslipidémie

24) De la même façon, sur lesquels de ces champs attendriez-vous un renforcement d'éducation thérapeutique pour vos patients dans un programme d'ETP hospitalier ? (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Inutile Facultatif Nécessaire mais secondaire Renforcement prioritaire

Sensibilisation au sport et à la pratique d'une activité physique adaptée
Lutte contre la sédentarité
Savoir composer un repas équilibré
La perte de poids
Connaître les aliments glucidiques et leur impact sur la glycémie \$
Structuration de l'alimentation (ex : respect de l'horaire des repas.) Prévention de la dyslipidémie

25) Concernant la prise en charge psychosociale, abordez-vous avec vos patients en consultation : (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Jamais Rarement Souvent Toujours

La gestion des émotions et du stress
L'acceptation de la maladie
Savoir communiquer et impliquer son entourage dans la gestion de sa maladie
Se connaître soit même et avoir confiance en soi
Développer une réflexion critique par rapport à sa maladie

26) De la même façon sur lesquels de ces champs attendriez-vous un renforcement d'éducation thérapeutique pour vos patients dans un programme d'ETP hospitalier ? (Une seule réponse par ligne)

Réponses : Inutile Facultatif Nécessaire mais secondaire Renforcement prioritaire

La gestion des émotions et du stress
L'acceptation de la maladie
Savoir communiquer et impliquer son entourage dans la gestion de sa maladie
Se connaître soit même et avoir confiance en soi
Développer une réflexion critique par rapport à sa maladie

27) Avez-vous une ou des suggestions à faire concernant vos attentes vis à vis d'un programme d'ETP hospitalier pour vos patients DT2 ?

Annexe 2 : Lettre d'accompagnement du questionnaire

Madame, Monsieur le Docteur

Dans le cadre de la reprise de son programme d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 , le service de diabétologie du Centre hospitalier de Martigues souhaiterait connaître vos attentes en terme d'éducation thérapeutique dans le cadre de l'amélioration de la qualité de son programme.

Nous sollicitons votre aide pour répondre à un questionnaire en ligne, qui permettra de recueillir des données sur vos pratiques d'éducation thérapeutique auprès de vos patients DT2 , ainsi que de vos attentes vis à vis d'un renforcement d'éducation thérapeutique hospitaliser

Nous sommes convaincus que votre expérience en tant que médecin généraliste est précieuse en matière d'éducation thérapeutique afin de pouvoir améliorer les dispositifs de prise en charge des patients atteints de diabète de type 2. Nous comptons donc sur votre collaboration pour répondre à ce questionnaire en ligne, qui ne vous prendra pas plus de 8 minutes.

Votre participation est bien entendu anonyme et confidentielle, et les données collectées ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.

Ce questionnaire servira de support au travail de thèse d'un interne en médecine générale.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à ce questionnaire. Si vous avez des questions ou des remarques, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante :(secretariat.medecine@ch-martigues.fr)

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur le Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

L'équipe médicale de diabétologie du CHM

Listes des abréviations

DT2 : Diabétiques de type 2

ET : Education thérapeutique

ETP : Education thérapeutique du patient

GAJ : Glycémie à jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HSPT : Loi Hôpital, Santé, Patient, Travail

MG : Médecin(s) généraliste(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

DAWN : (Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs)

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.



