

UNIVERSITE DE NANTES

□□□□

FACULTE DE MEDECINE

□□□□

Année 2012

N° 053

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE GÉNÉRALE

par

GHA FIR Naoile

née le 18 mars 1982 à Angers (Maine-et-Loire)

□□□□

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2012

□□□□

**ATTENTES, SATISFACTION ET SOUHAITS D'INFORMATIONS
DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 DE LEUR MÉDECIN
GÉNÉRALISTE: ÉTUDE AUPRÈS DE 182 PATIENTS DU RESODIAB 44.**

□□□□

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Dr Muriel CARTRON

SOMMAIRE

I)	INTRODUCTION	4
A)	ASPECT GENERAL : LE DIABETE DE TYPE 2 ET LA DIFFICULTE DE PRISE EN CHARGE.....	4
a.	Epidémiologie.....	4
1.	Le diabète de type 2 au niveau national	4
2.	Le diabète de type 2 en Loire – Atlantique	5
b.	Le relation entre le médecin généraliste et le patient diabétique.....	5
c.	L'étude ENTRED.....	6
d.	L'étude DAWN.....	7
e.	Le plan d'éducation thérapeutique « SOPHIA » [27]	7
B)	ASPECT PARTICULIER : LES RESEAUX.....	8
a.	L'historique des réseaux de santé.....	8
b.	Les réseaux diabète	9
c.	Le RESODIAB 44.....	9
C)	OBJECTIFS DE L'ETUDE	10
II)	MATERIEL ET METHODE	11
A)	LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	11
B)	POPULATION PARTICIPANT A L'ETUDE.....	11
C)	LE QUESTIONNAIRE	11
D)	PREPARATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE	12
E)	SAISIE DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE.....	12
III)	RESULTATS.....	13
A)	DONNEES CONCERNANT LA POPULATION ETUDIEE	13
a.	Données démographiques	13
b.	Niveau d'étude de la population étudiée.....	14
c.	Ancienneté du diabète	15
d.	Traitement du diabète.....	16
e.	Données sur le suivi des patients.....	17
B)	ANALYSE DES DONNEES CONCERNANT L'INFORMATION DES PATIENTS	18
a.	Le souhait d'information des patients sur leur diabète	18
b.	Les domaines d'informations	23
C)	DONNEES CONCERNANT LA SATISFACTION DES PATIENTS	25

a.	Satisfaction de la prise en charge du diabète	25
b.	Satisfaction de la relation médecin-patient	27
D)	DONNEES QUALITATIVES CONCERNANT LES ATTENTES DES PATIENTS	28
IV)	DISCUSSION	36
A)	LA METHODOLOGIE.....	36
a.	Limites de l'étude	36
b.	Biais de recrutement	36
B)	ANALYSE DE LA POPULATION ETUDIEE	36
C)	ANALYSE DE L'INFORMATION DES PATIENTS.....	38
a.	L'information de façon globale	38
b.	Les domaines d'information	38
D)	ANALYSE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS	39
a.	La satisfaction de la prise en charge.....	39
b.	La satisfaction de la relation patient-médecin	40
E)	LES ATTENTES DES PATIENTS DIABETIQUES.....	40
V)	CONCLUSION	41
VI)	BIBLIOGRAPHIE.....	42
VII)	ABREVIATIONS.....	44
VIII)	ANNEXES.....	45

« Le patient aura [...] toujours le dernier mot et doit devenir acteur de sa maladie car il possède des savoirs pour la prendre en charge »

Eric DRAHI, médecin généraliste

SFDRMG, rencontre HAS 2007 sur les maladies chroniques : Comment améliorer la prise en charge des patients ? exemple du diabète.

I) INTRODUCTION

A) ASPECT GENERAL : LE DIABETE DE TYPE 2 ET LA DIFFICULTE DE PRISE EN CHARGE

a. Epidémiologie

1. *Le diabète de type 2 au niveau national*

Le diabète de type 2 est une maladie chronique dont les mécanismes physiopathologiques sont l'altération des mécanismes de l'insulinosécrétion et l'insulinorésistance. Cette pathologie considérée comme une maladie « insinueuse » ou encore appelée « épidémie silencieuse du XXI^e siècle » [6] est redoutable surtout par ses complications. Les risques sont multiples pour les patients diabétiques : hyperglycémie non contrôlée, risque pondéral, cardiovasculaire, visuel, rénal, risque de lésion des pieds, dentaire, social, difficultés d'observance.

Différents facteurs de risque ont été identifiés : âge, hypertension artérielle, dyslipidémie, micro albuminurie, antécédents familiaux , antécédent personnel de diabète gestationnel .

La prévalence du diabète a plus que doublé en moins de dix ans passant de 1,6 à 4,4 millions de personnes [6]. Le nombre de personnes diabétiques va continuer d'augmenter du fait de l'augmentation des personnes en surpoids ou obèses. Le taux de croissance annuel est de 5,7 %.

D'après les études ENTRED 2007 et DIABASIS 2008, 93 % des patients diabétiques de type 2 ont plus de 45 ans. 52 % sont de sexe masculin (avec une fréquence plus élevée dans la population migrante ou en situation de précarité). 74 % des patients sont obèses, 54 % sont hypertendus et 13 % sont fumeurs. Les complications concernent surtout la fonction rénale (19 %), les coronaires (16,7 %), la rétine (16,6 %) et le pied (9,9 %). 86 % des diabétiques de type 2 sont pris en charge par le médecin généraliste et 20 % par un diabétologue, d'où l'importance d'une bonne relation entre le médecin traitant et le patient. 30% des patients sont mal observants et seulement 25 % des diabétiques suivent les règles hygiéno-diététiques. La pratique de l'éducation du patient est plus répandue dans le milieu hospitalier (71 %) qu'en médecine libérale (17 %) [10].

De plus, l'impact économique de cette maladie est important avec un coût de 14 milliards d'euros dont 40 % est lié à l'hospitalisation et 10 % aux dépenses de santé. Chaque patient diabétique de type 2 coûte 5400 euros à l'assurance maladie par an [10]. C'est un enjeu de santé publique, comme en témoigne la mise en place par la CPAM de "SOPHIA" : un plan d'éducation thérapeutique individualisé destiné aux patients diabétiques.

La difficulté rencontrée est la prise en charge des patients qui reste à améliorer. En effet, seulement 31 % des patients auraient un suivi complet. Sept propositions d'amélioration de la prise en charge ont été faites par la société francophone du diabète. Est-ce que ces propositions sont en adéquation avec les attentes des patients ? Il est évoqué dans ces propositions la nécessité d'une prise en charge des patients en tenant compte de leurs particularités, la mise en réseau des professionnels, l'amélioration de la qualité de vie (par notamment la télémédecine, la pompe à insuline...)[1].

2. Le diabète de type 2 en Loire - Atlantique

La prévalence du diabète de type 2 (taux standardisé) est plus faible dans l'ouest de la France, notamment en Pays de la Loire avec un taux à 3,2 % (cf. Annexe 4). Elle est de 3,5% en Basse Normandie et de 2,6 % en Bretagne.

En Loire Atlantique, le taux de prévalence (2009) est de 2,8 %. C'est le plus faible de la région (Il est de 3,9 % en Sarthe et de 3,6 % en Vendée). L'âge moyen des diabétiques de type 2 dans le département est de 65 ans. 54,7 % sont des hommes et 45,3 % sont des femmes [14].

b. Le relation entre le médecin généraliste et le patient diabétique

Le médecin généraliste est l'interlocuteur principal du patient diabétique. En effet, 86% des patients diabétiques ne sont suivis que par leur médecin généraliste [6]. Ce suivi correspond à 9 consultations par an en moyenne.

Avec l'émergence des maladies chroniques comme le diabète, on parle de plus en plus d'éducation thérapeutique avec une volonté de mettre le patient au centre de sa prise en charge. Pour que cela puisse être possible, il faut mettre en évidence les besoins et attentes des médecins généralistes mais aussi des patients. Ainsi, une étude a été réalisée sur le plan nationale : l'étude ENTRED en 2001 puis renouvelée en 2007.

Les besoins et attentes des patients font référence aux besoins fondamentaux associant le besoin d'estime et d'appartenance du patient à ses besoins physiologiques (cf. Annexe 3).

c. L'étude ENTRED

L'étude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) est une étude initialement réalisée entre 2001 et 2003, et dont les objectifs sont de mieux connaître l'état de santé des patients diabétiques en France (leur prise en charge, leur qualité de vie, leurs besoins..). Elle a également pour objectif de mettre en évidence les pratiques et les attentes des médecins généralistes, et de récupérer des données représentatives afin d'évaluer les réseaux diabète.

La méthode était de réaliser un échantillonnage de la population diabétique par tirage au sort de 8926 patients métropolitains à partir de fichiers de remboursements de l'assurance maladie.

Cette étude a été financée par l'Institut de veille sanitaire en partenariat avec l'assurance maladie, l'INPES et l'HAS.

Cette étude est composée de deux parties :

- Un entretien téléphonique ou un questionnaire postal avec 8926 patients par un médecin – conseil de l'assurance- maladie
- Un questionnaire auprès de médecins

Il ressort de cette enquête des données démographiques de la population diabétique métropolitaine : La moyenne d'âge des patients diabétiques est de 64 ans et un peu plus de 50 % des patients sont des hommes. Pour la plupart, le diagnostic du diabète est récent (moins de 5 ans). 92 % des patients ont un diabète de type 2.

La conclusion de cette étude est que la prise en charge des patients diabétiques est insuffisante (notamment dans la prise en charge diététique). Etant donné que le médecin généraliste est le principal interlocuteur des patients diabétiques, l'amélioration de la prise en charge repose principalement sur la relation du patient avec son médecin généraliste. Les difficultés rencontrées par celui-ci sont notamment une difficulté d'observance des patients à la prise en charge de leur diabète.

Pour approfondir ces résultats et se rendre compte des évolutions, une nouvelle étude ENTRED est relancée de 2007 à 2010 avec une méthode similaire. Au niveau démographique, on retrouve une moyenne d'âge de 65 ans. 54 % sont des hommes. L'ancienneté du diabète est d'environ 9 ans. 91,9 % sont diabétiques de type 2 et 17 % sont traités par insuline.

Il en a été conclu une nécessité d'amélioration en ciblant la coordination des parcours de soins et le recours aux professionnels paramédicaux. On retrouve ses résultats au niveau international dans l'étude DAWN.

d. L'étude DAWN

L'objectif de cette étude menée en 2006 était d'étudier la perception des patients de la prise en charge de leur diabète. Des entretiens ont été réalisés par rencontre directe ou par contact téléphonique dans 13 pays en Asie, Australie, Europe et en Amérique du nord [11,26].

La prise en charge du diabète a été comparée dans différents pays : Il a été mis en évidence que le médecin généraliste est en première ligne de loin devant le spécialiste. Il en est de même aux Etats-Unis. En Allemagne, la prise en charge se fait de façon identique par le médecin généraliste et le spécialiste. Par contre, aux Pays Bas, la prise en charge du diabète se fait principalement par le diabétologue [12].

De plus, dans cette étude, la population diabétique française a été comparée à la population diabétique européenne :

Les diabétiques français sont considérés comme plus anxieux d'où une nécessité de renforcer le suivi psychologique. La mise en place d'une insulinothérapie est vécue de façon négative par les patients. On retrouve également une implication associative et collective moins importante. Concernant les professionnels de santé en France, ils travaillent moins ensemble que dans le reste de l'Europe.

Ainsi, il en est conclu une nécessité de communication et collaboration entre les professionnels de santé, une nécessité de responsabilisation des patients par leurs implications dans les associations / réseaux de soins, une amélioration de la prise en charge paramédicale et un maintien des campagnes de prévention.

Pour cela, l'Assurance Maladie a mis en place récemment « SOPHIA », un service d'accompagnement des patients diabétiques.

e. Le plan d'éducation thérapeutique « SOPHIA » [27]

Ce service mis en place par l'Assurance Maladie consiste en l'accompagnement personnalisé des patients atteints de maladies chroniques et plus particulièrement les patients atteints de diabète de type 2, en relais de la prise en charge du médecin traitant (qui remplit un questionnaire médical). Il a été mis en place en 2008 et s'étendra progressivement sur tout le territoire français d'ici fin 2012 (cf. Annexe 7).

Il concerne les patients diabétiques pris en charge en ALD (80% des patients diabétiques). Les objectifs sont de mieux vivre avec le diabète et de limiter les complications. 138 000 diabétiques bénéficient déjà de ce plan.

En pratique, ce service, gratuit et sans engagement, propose aux patients :

- Le soutien d'un infirmier conseiller en santé, joignable par téléphone, qui aide à la mise en pratique des recommandations
- L'envoi de livrets / journaux d'information
- Un espace d'information sur le diabète sur www.sophia-infoservice.fr

L'adhésion à ce service repose sur une démarche volontaire du patient.

Les critères d'admission sont :

- Etre âgé(e) d'au moins 18 ans.
- Etre pris en charge en ALD
- Etre affilié au régime général de l'Assurance Maladie
- Avoir eu au moins trois prescriptions de médicaments antidiabétiques dans l'année
- Etre suivi par un médecin traitant

Le plan « SOPHIA » a commencé en Loire-Atlantique début 2012. Chaque affilié à l'Assurance Maladie a reçu ou va recevoir d'ici juin 2012 un courrier d'information sur « SOPHIA » (cf. Annexe 8).

B) ASPECT PARTICULIER : LES RESEAUX

a. L'historique des réseaux de santé

Un réseau de santé peut se définir comme l'association de différents professionnels de santé et de patients en une même zone géographique, permettant d'organiser un parcours de soins pour le patient dans le but d'améliorer la pratique de soins.

En effet, les systèmes de soins français étaient principalement critiqués pour le cloisonnement excessif de la pratique médicale avec une médecine définie comme solitaire[17]. Ainsi, Les premiers réseaux sont apparus à la fin des années 80 avec l'émergence du SIDA qui a fait prendre conscience d'une nécessité de changement de la prise en charge médicale. Ils ont été reconnus par le ministère de la santé en 1991 avec un financement spécifique par l'état et l'assurance maladie. Ils sont alors appelés : « réseau ville-hôpital ». Ce sera surtout avec les ordonnances de 1996 que vont se développer les 1ers réseaux expérimentaux, en réformant l'hôpital public et privé.

Cette réforme permet aux établissements de santé de mettre en place des réseaux de soins spécifiques pour certaines pathologies.

Le financement de ces réseaux est surtout mis en place en 1999 avec la création du FAQSV (Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Vie) puis la création du DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux)

b. Les réseaux diabète

Il existe 80 réseaux diabète en France dont la majorité adhère à l'ANCRE (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète) fondée en 1999 et permettant une coordination harmonieuse des différents réseaux diabète. La majorité de ces réseaux se consacrent au diabète de type 2.

Les premiers réseaux sont apparus dans la région parisienne, le Pas de Calais et dans le Maine et Loire. Ils sont appelés « réseaux expérimentaux Soubie » le développement de ces réseaux a été permis tout d'abord grâce au FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) puis surtout à partir de 2003 grâce à la DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux) et aux décrets n°2002 – 1298 du 25 octobre 2002 et n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatifs au fonctionnement et au financement des réseaux. Le financement se fait pour 3 ans.

Les objectifs des réseaux diabète sont d'améliorer les pratiques et la prise en charge des patients en difficulté, de développer l'éducation thérapeutique de proximité. En effet, l'un des principaux objectifs des réseaux diabète est de faciliter l'accès à l'éducation, en sachant que celle-ci n'est pas remboursée dans notre système de soins[21].

Pour adhérer au réseau, les professionnels de santé doivent signer une charte dont le principal engagement est de fournir les données nécessaires à l'évaluation du réseau. Ces professionnels peuvent recevoir du réseau des prestations dérogatoires permettant de rémunérer des actions de soins et d'éducation, non présentes sur la nomenclature de la CPAM.

Les patients souhaitant adhérer au réseau peuvent le faire d'eux même ou par l'intermédiaire de leur médecin traitant. L'adhésion est gratuite et se fait en signant un document d'information [21].

L'étude ENTRED a permis de faire un premier bilan des réseaux diabète et constate une meilleure qualité de suivi sans coût excessif [23].

c. Le RESODIAB 44

Le RESODIAB 44 est une association créée en mars 2006 dans une volonté de prise en charge multidisciplinaire autour du patient diabétique avec l'intervention de différents professionnels de santé :

*médecins (généralistes, diabétologues, cardiologues, ophtalmologues...)

*infirmières, biologistes, diététiciennes, pédicures, podologues, éducateurs sportifs, psychologues, pharmaciens, assistants sociaux...

La naissance du réseau fait suite à l'implication des podologues du département qui a permis lors d'une réunion regroupant différents professionnels de santé de créer un comité de pilotage.

A cette époque, 70 réseaux diabète existaient déjà en France.

Le financement du réseau se fait par l'URCAM et l'ARH.

Les objectifs de ce réseau sont d'encourager la participation du patient et de son entourage, de mettre en relation les différents acteurs de la santé et de mettre en œuvre une action éducative dans la vie quotidienne.

Le réseau compte 793 patients à la date du 31 juillet 2011.

Il est constitué d'une équipe fixe comprenant une secrétaire, une infirmière et une diététicienne.

C) OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le but est de mettre en évidence les attentes des patients diabétiques du réseau RESODIAB 44 de leurs médecins généralistes, concernant la prise en charge et le suivi de leur diabète :

- Quels sont les attentes qu'ils ont de leur médecin généraliste ?
- Souhaitent ils être plus informés ? dans quels domaines ?
- Sont –ils satisfaits de la prise en charge de leur diabète ?

II) MATERIEL ET METHODE

A) LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Elle s'est faite à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nantes et en utilisant les sites internet suivants : GOOGLE SCHOLAR, PUBMED, CISMEF.

B) POPULATION PARTICIPANT A L'ETUDE

Le critère de sélection est l'ensemble des patients diabétiques inclus dans le réseau RESODIAB 44 sans critère d'exclusion.

A la date d'envoi du questionnaire (5/05/2011), le réseau compte 739 patients dont 59% de femmes et 41% d'hommes. La moyenne d'âge est de 60 ans.

C) LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est anonyme et cela a été garanti aux patients par le mode de retour du questionnaire qui s'est fait par retour postal vers le RESODIAB 44.

Il comporte 19 questions (cf. Annexe 1) :

- 7 questions descriptives de la situation des patients. (Q1 à Q7)
- 6 questions sur leurs attentes par rapport à l'information donnée par leur médecin traitant. (Q7 à Q13)
- 3 questions sur la satisfaction des patients par rapport à la prise en charge (Q14 à Q15)
- 3 questions sur leur relation avec leur médecin traitant (Q16 àQ18)
- 1 question ouverte sur les attentes globales des patients de leurs médecins (Q19)

D) PREPARATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Ce questionnaire a été envoyé aux 739 patients adhérents au réseau RESODIAB44 le 5 mai 2011 par courrier postal. Le questionnaire a été envoyé avec le courrier d'information du réseau qu'il était prévu d'envoyer aux patients du réseau. Il y a été ajoutée une enveloppe retour pré timbrée à l'adresse du réseau pour que les patients puissent retourner le questionnaire.

Une vingtaine de questionnaire a été testée auprès de patients venant en consultation ou en atelier au siège du réseau. Cela a permis de faire quelques modifications sur le questionnaire (comme « diabétologue » à la place d' « endocrinologue ») pour une meilleure compréhension.

Sur le plan du financement, le réseau s'est occupé de la photocopie des questionnaires ainsi que du publipostage des enveloppes. J'ai financé personnellement les enveloppes retour pré timbrées.

E) SAISIE DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel épidémiologique EPI INFO v3.5. (version française). EPI INFO est un logiciel statistique pour les épidémiologistes développé par les CDC d'Atlanta (Centers for Disease Control and Prevention). Il utilise Windows pour son fonctionnement.

Le questionnaire a été rentré dans le logiciel ainsi que chaque réponse. A partir de ces données, le logiciel permet de calculer différentes valeurs statistiques.

Pour l'analyse des variables qualitatives, les pourcentages ont été réalisés avec calculs d'intervalles de confiance à 95%.

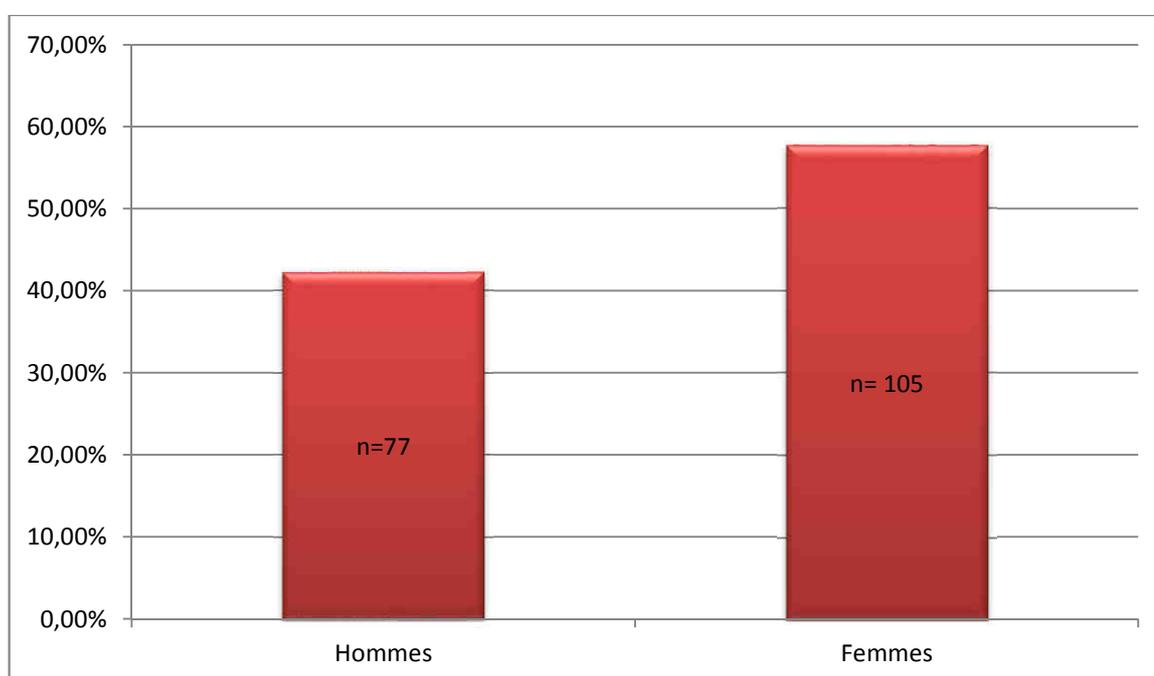
III) RESULTATS

A) DONNEES CONCERNANT LA POPULATION ETUDIEE

a. Données démographiques

182 patients ont répondu au questionnaire soit 24,6 % de taux de réponse. Sur ces 182 patients, 57,7 % sont des femmes et 42,3 % sont des hommes (cf. Tableau 1)

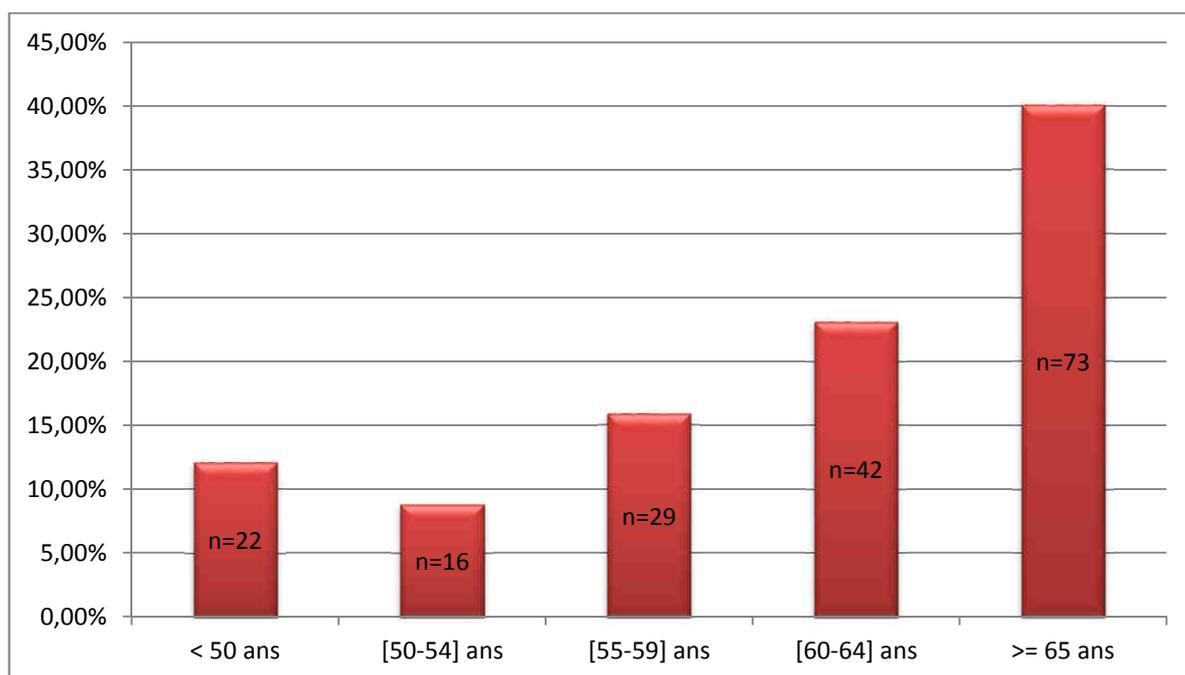
Tableau 1 : répartition des patients selon le sexe.



n= effectif

Parmi ces 182 patients, la classe d'âge la plus représentée est la classe des plus de 65 ans avec 40,1 % des patients. Ensuite, ce sont les patients entre 60 et 64 ans puis les patients entre 55 et 59 ans qui sont les plus représentés avec respectivement 23,1 % et 15,9 % des patients (cf. Tableau 2)

Tableau 2 : répartition des patients selon l'âge.



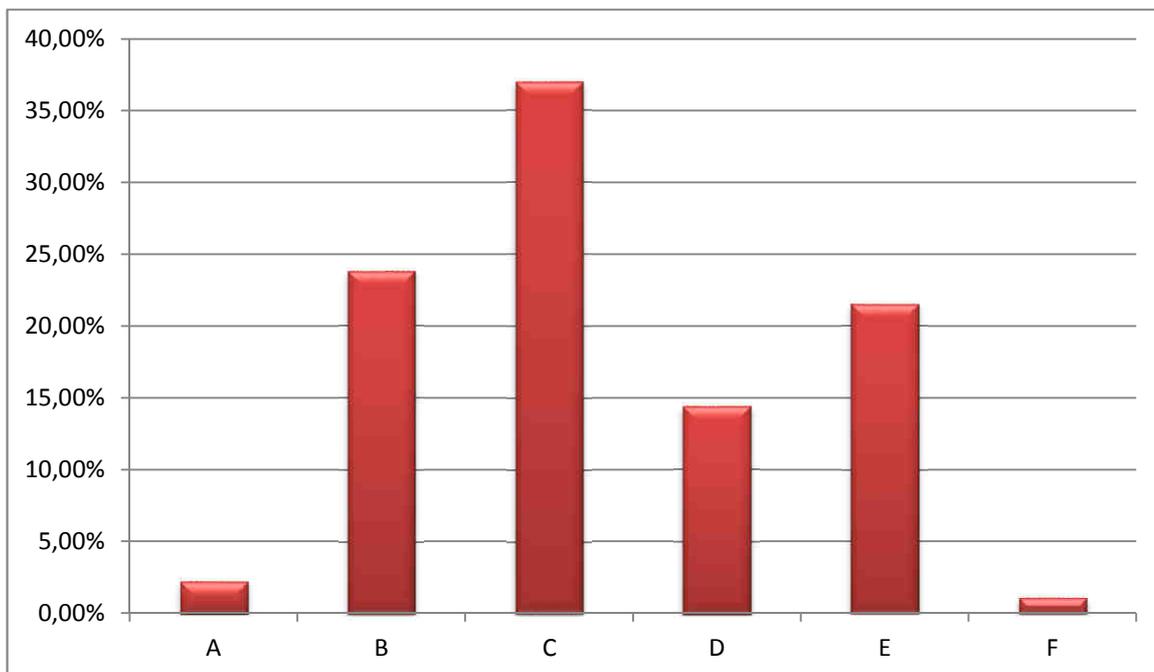
n= effectif

b. Niveau d'étude de la population étudiée

181 patients ont répondu à cette question. Le niveau d'étude le plus représenté est le niveau Collège, BEPC, BEC, CAP soit 37 % des patients avec IC95%= [30 ;44]. 63 % des patients ont un niveau inférieur au BAC avec IC95%= [56 ;70]. (cf. Tableau 3)

Tableau 3 : niveau d'étude de la population étudiée

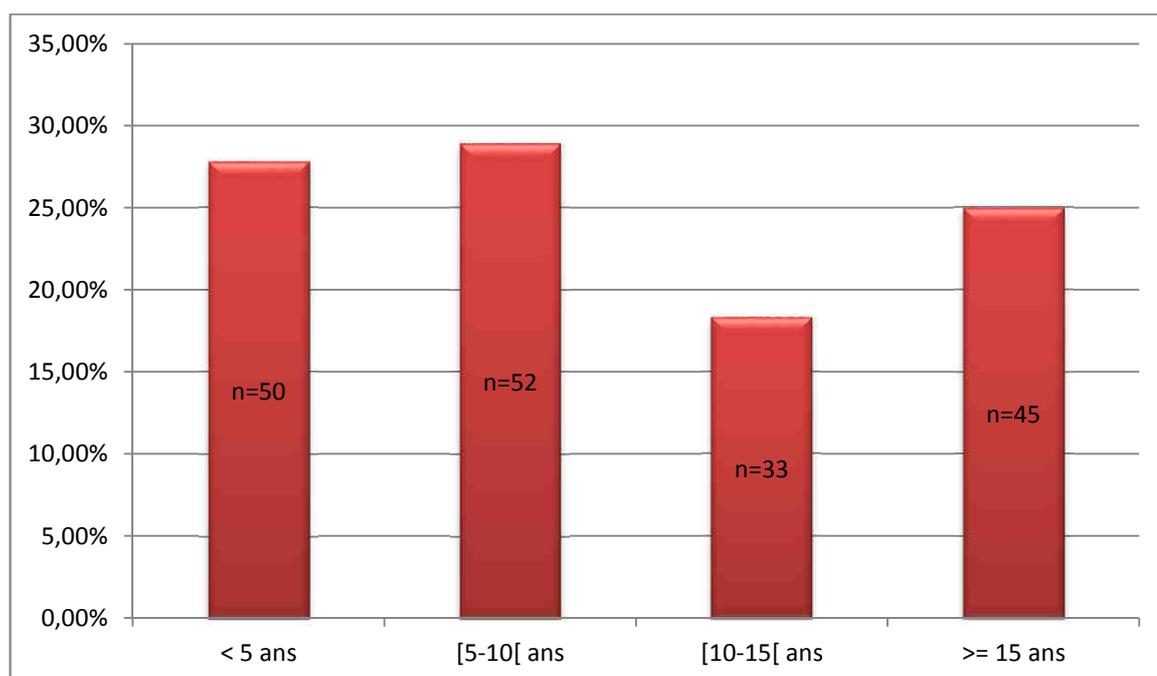
		n	%
A	Jamais scolarisé	4	2,2
B	Primaire, CEP	43	23,8
C	Collège, BEPC, CAP, BEP	67	37
D	Lycée général, BAC, BAC+1	26	14,4
E	Bac +2 ou plus	39	21,5
F	autre	2	1,1
	total	181	100



c. Ancienneté du diabète

Dans l'étude réalisée, 28,9 % des patients sont diabétiques depuis 5 à 10 ans et 27,8 % le sont depuis moins de 5 ans. 25 % sont diabétiques depuis plus de 15 ans. La classe la moins représentée est celle des patients diabétiques entre 10 et 15 ans avec 18 % (cf. Tableau 4)

Tableau 4 : ancienneté du diabète des patients de l'étude



d. Traitement du diabète

Différentes possibilités de traitement existent pour les patients diabétiques de type 2 (cf. Annexe 6) :

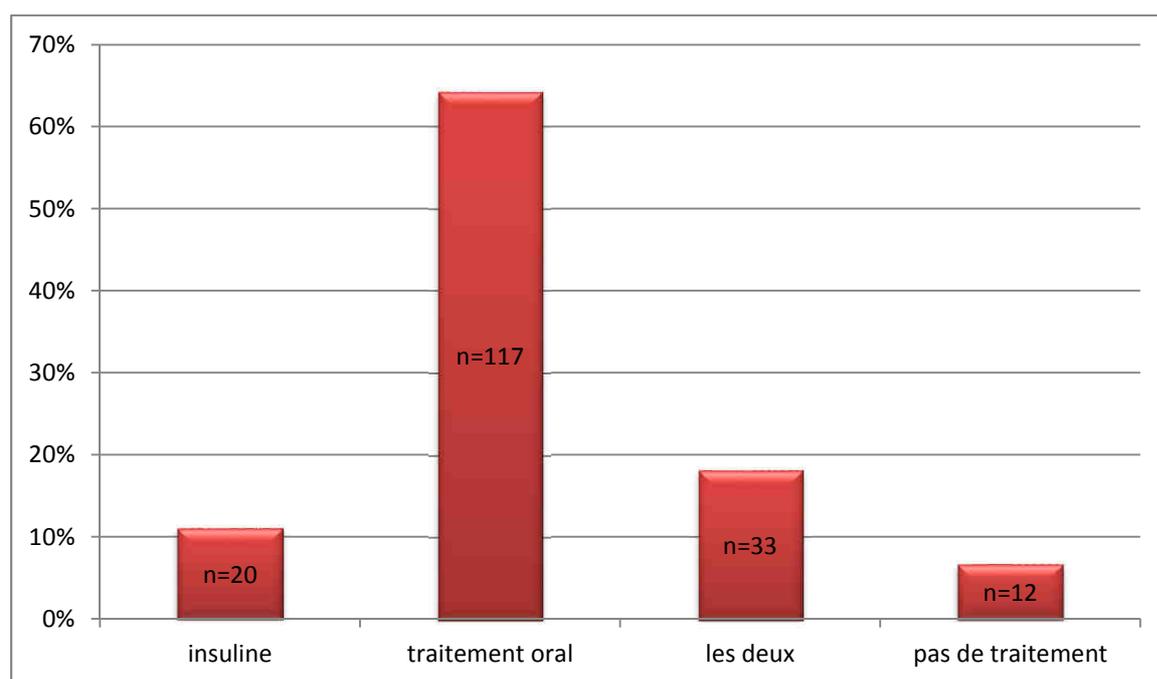
- Un traitement par insuline
- Un traitement oral par comprimés : mono ou bithérapie.
- Les deux
- Pas de traitement (prise en charge hygiéno-diététique).

64,3% des patients ont un traitement oral seul, avec un IC95% = [57,3 ; 71,3].

18,1% des patients ont une association comprenant un traitement oral et un traitement par insuline, avec un IC95% = [12,5 ; 23,7]

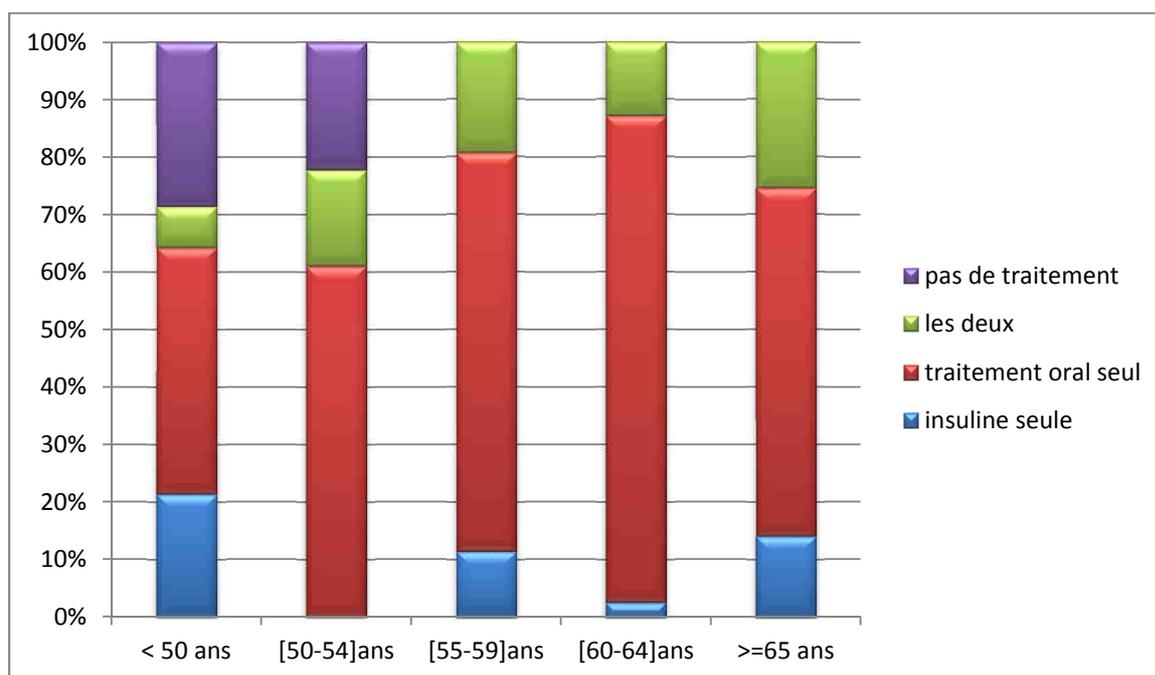
11% des patients ont un traitement par insuline seule avec un IC95% = [6,5 ; 15,5] et 6,6% n'ont pas de traitement avec un IC95% = [3 ; 10,2] (cf. Tableau 5)

Tableau 5 : le traitement des patients diabétiques de l'étude



La répartition de ces différents traitements varie en fonction de la classe d'âge des patients (cf. Tableau 6). Entre 50 et 64 ans, la majorité des patients ont un traitement oral seul (entre 60 et 85% selon la classe d'âge) On retrouve une proportion de patients sous insuline plus importante à partir de 65 ans , soit 13% des patients.

Tableau 6 : répartition du traitement des patients par classe d'âge



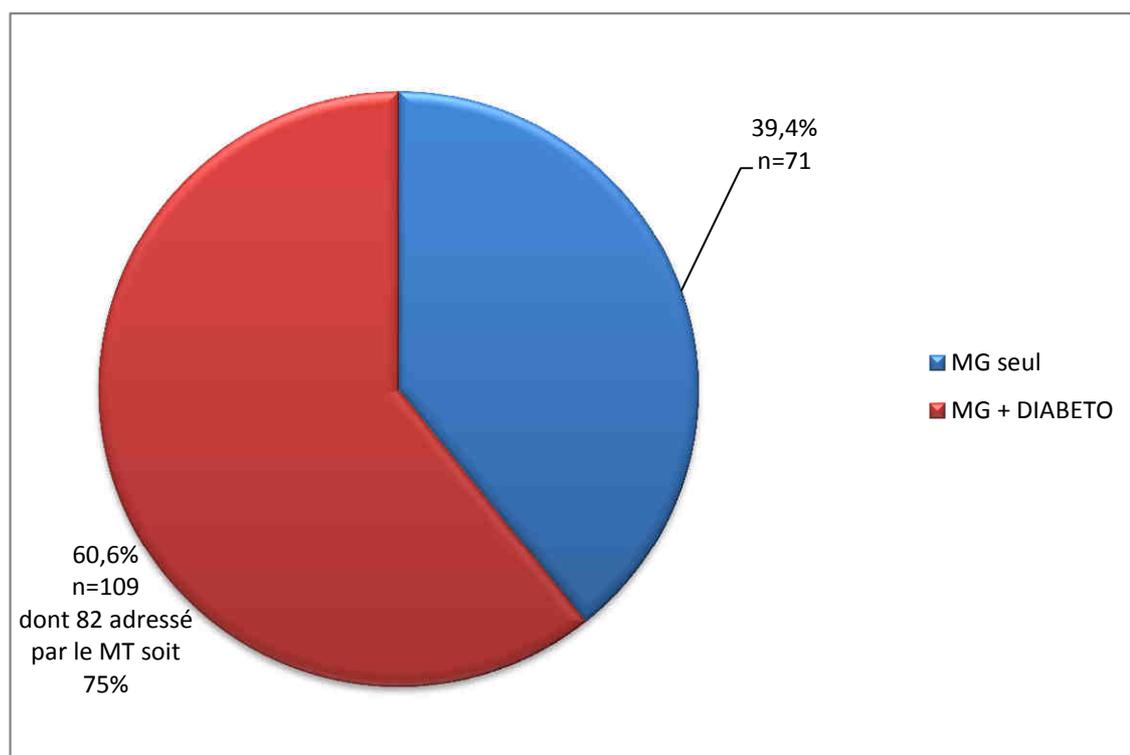
e. Données sur le suivi des patients

60,6 % des patients de l'étude ont un suivi par un diabétologue associé à la prise en charge par le médecin traitant, avec un IC 95% = [53,5 ;67,7].

Parmi ces patients, 75 % ont été adressé par leur médecin traitant.

39,4 % des patients sont suivi par leur médecin généraliste seul (cf. Tableau 7).

Tableau 7: prise en charge et suivi des patients



MG= suivi par médecin généraliste

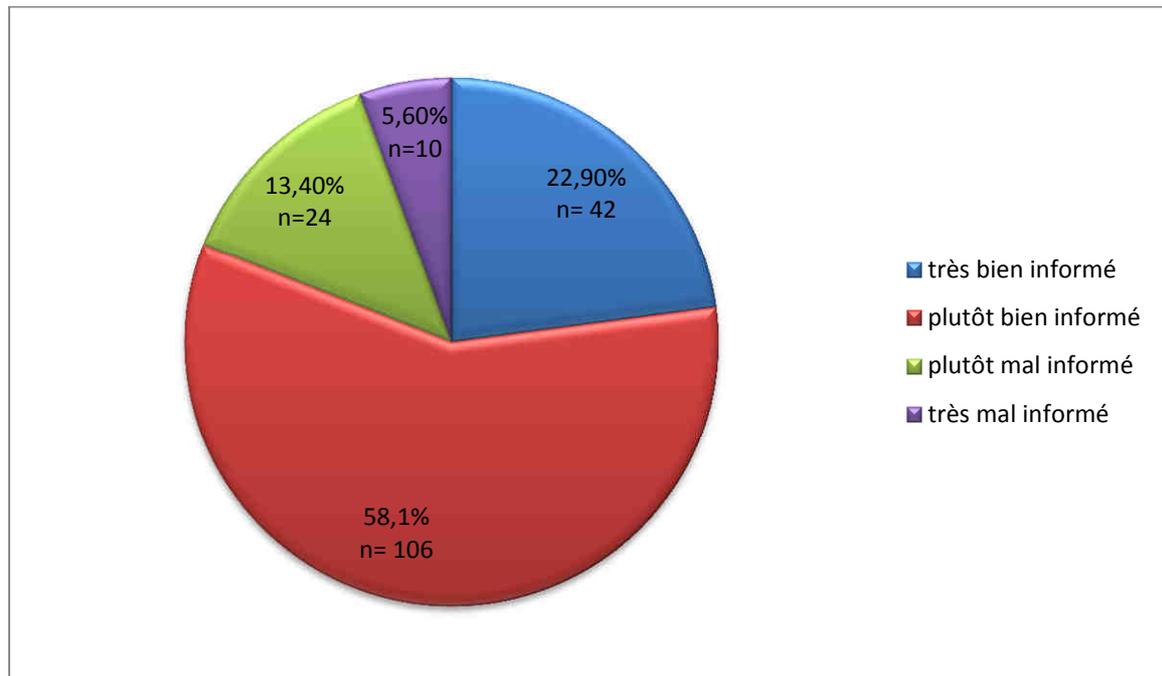
DIABETO= suivi par diabétologue

B) ANALYSE DES DONNEES CONCERNANT L'INFORMATION DES PATIENTS

a. Le souhait d'information des patients sur leur diabète

58,1 % des patients de l'étude se sentent plutôt bien informés par leur médecin traitant sur leur diabète, avec un IC95% = [51 ;65,3] et 22,9 % très bien informé avec un IC95%= [17;29] (cf. Tableau 8)

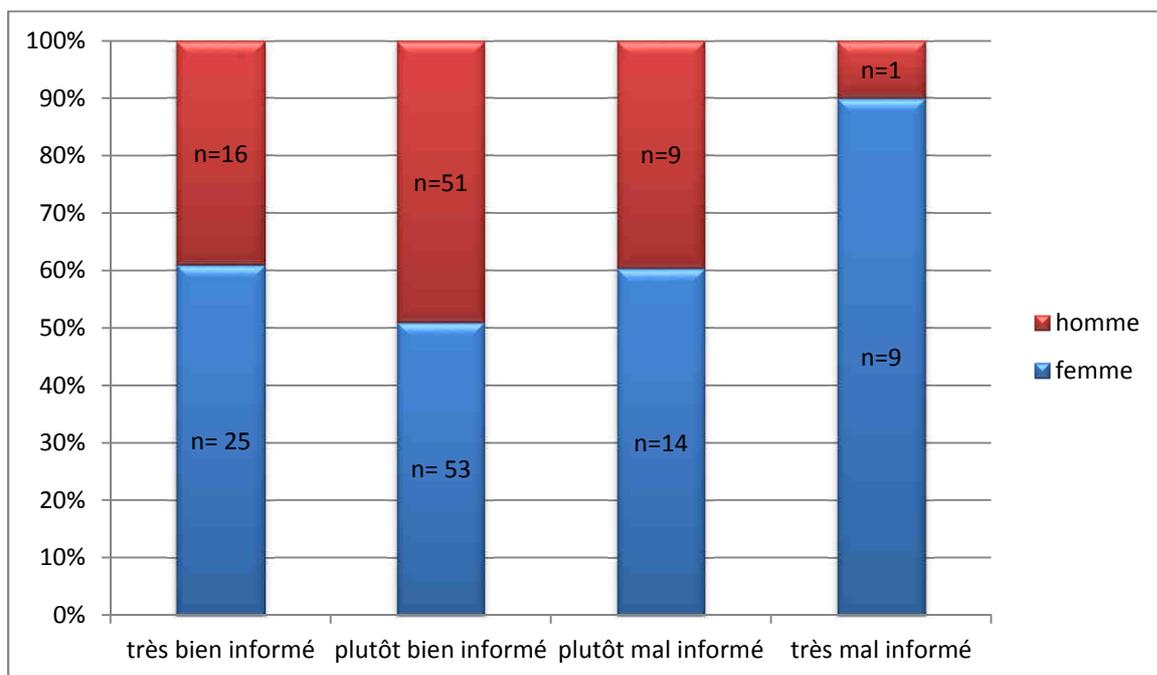
Tableau 8 : sentiment des patients sur l'information donnée par leur médecin traitant concernant leur diabète.



n= effectif

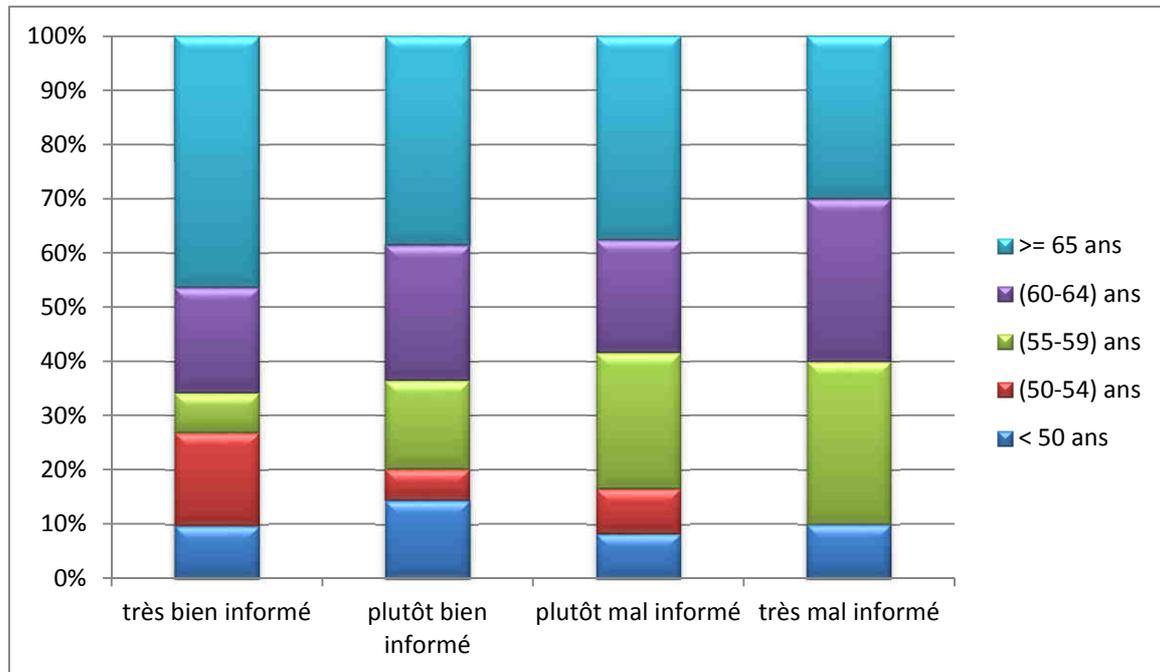
90 % des patients se sentant très mal informés sont des femmes (cf. Tableau 8.1). 87% des hommes se sentent bien informés contre 77 % des femmes.

tableau 8.1 : sentiment sur l'information donnée en fonction de du sexe.



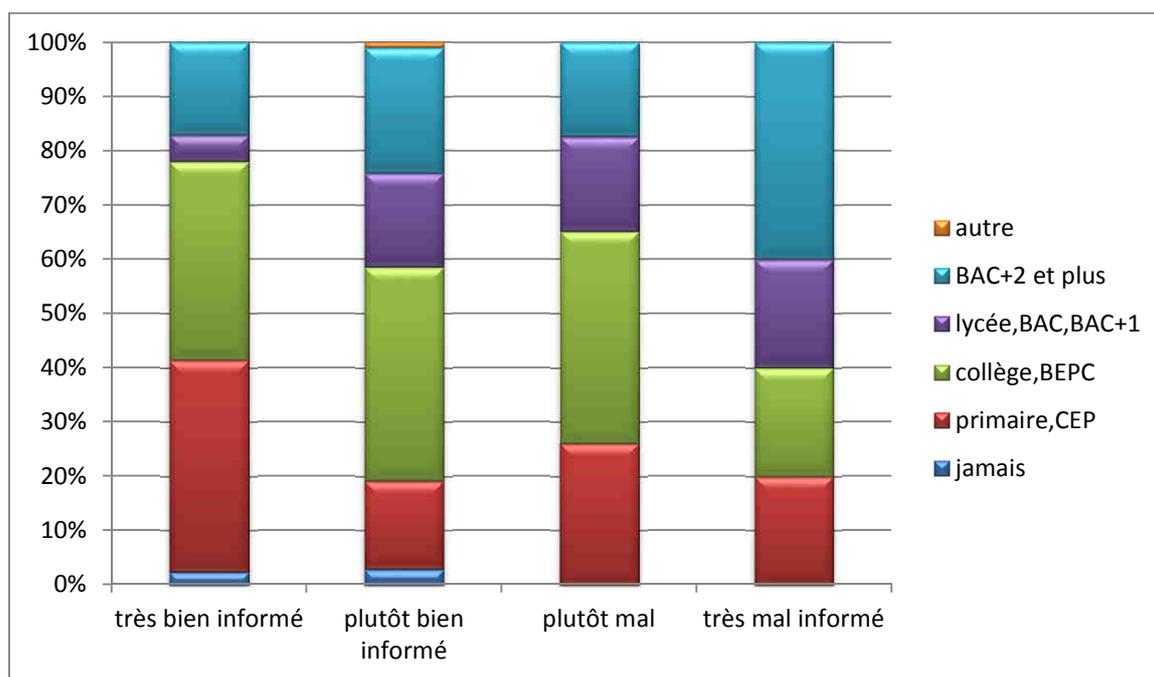
En ce qui concerne l'âge des patients (cf. Tableau 8.2), ceux qui se sentent le mieux informés sont ceux de plus de 65 ans (47 % se sentent très bien informés et 39% plutôt bien informés). La plupart des patients entre 55 et 59 ans se sentent mal informés (30% se sentent mal informés et 25% plutôt mal informés).

tableau 8.2 : sentiment sur l'information donnée en fonction de l'âge.



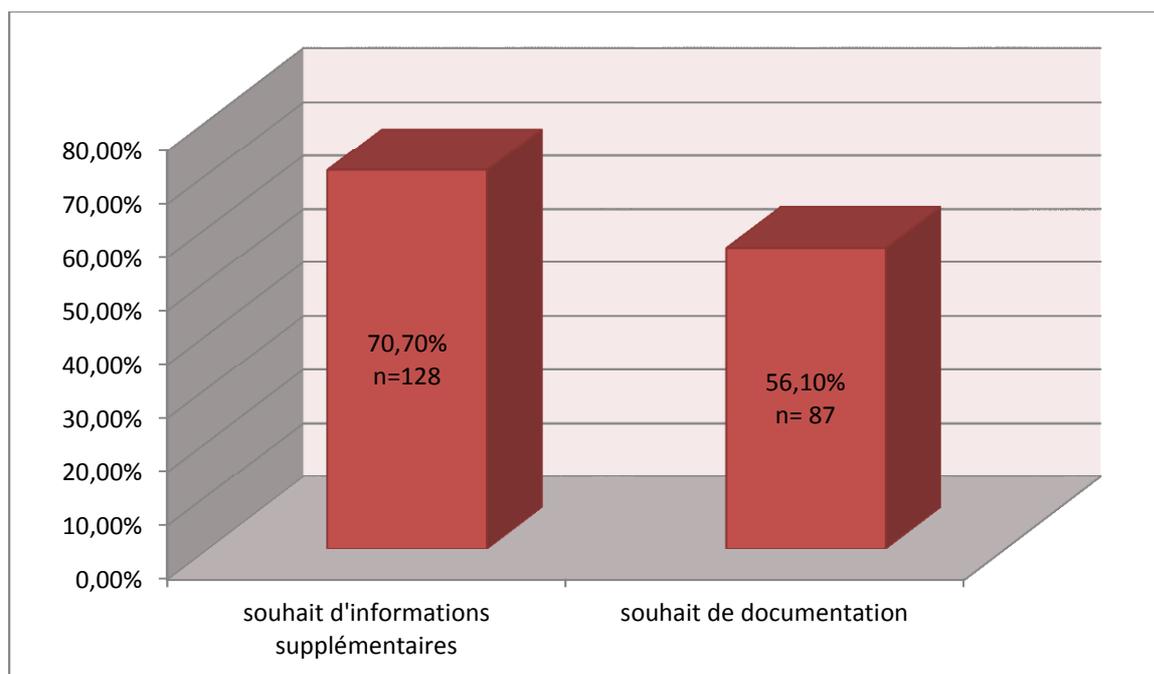
En ce qui concerne le niveau d'études (cf. Tableau 8.3), les patients qui se sentent le mieux informés sont ceux de niveau PRIMAIRE, COLLEGE, BEPC (75% se considèrent très bien informés et 55% bien informés). 40% des patients qui se disent très mal informés ont un niveau d'étude élevé, BAC+ 2 et plus.

Tableau 8.3: sentiment sur l'information donnée en fonction du niveau d'études.



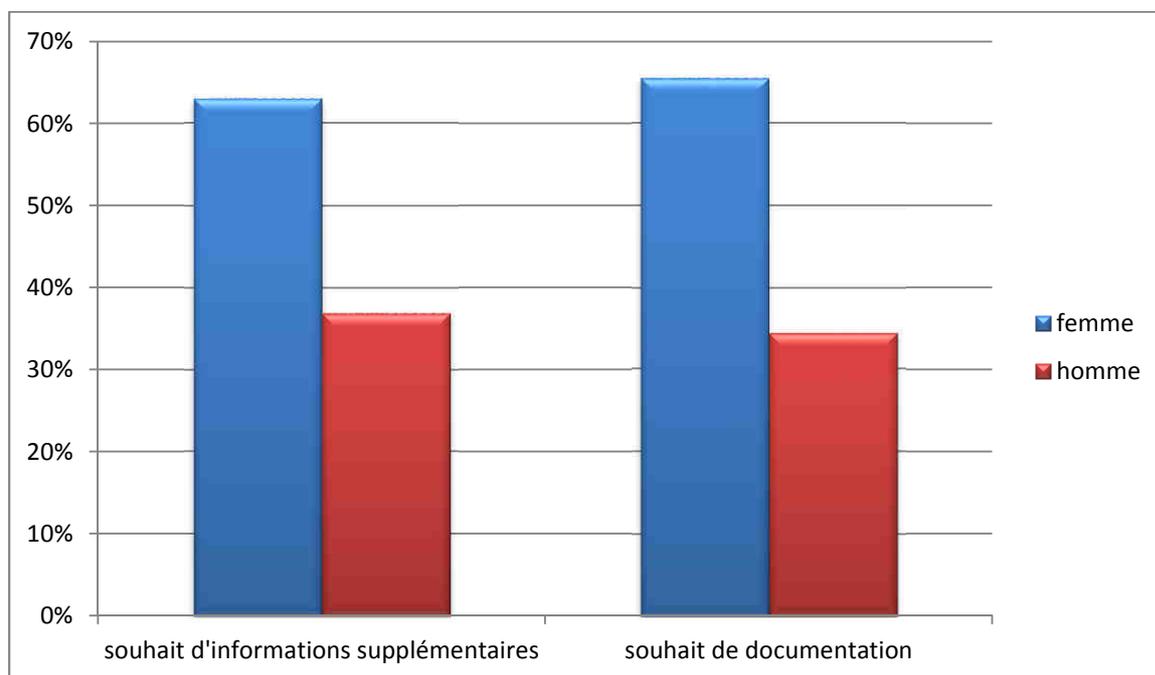
Cependant, 70,7 % des patients de l'étude souhaiteraient des informations supplémentaires, avec un IC95% = [64,1 ; 77,3]. 56,1 % des patients souhaiteraient que leur médecin traitant leur donne de la documentation, avec un IC95% = [48,9 ; 63,3] (cf. Tableau 9)

tableau 9 : souhait d'informations supplémentaires et de documentation des patients concernant leur diabète.



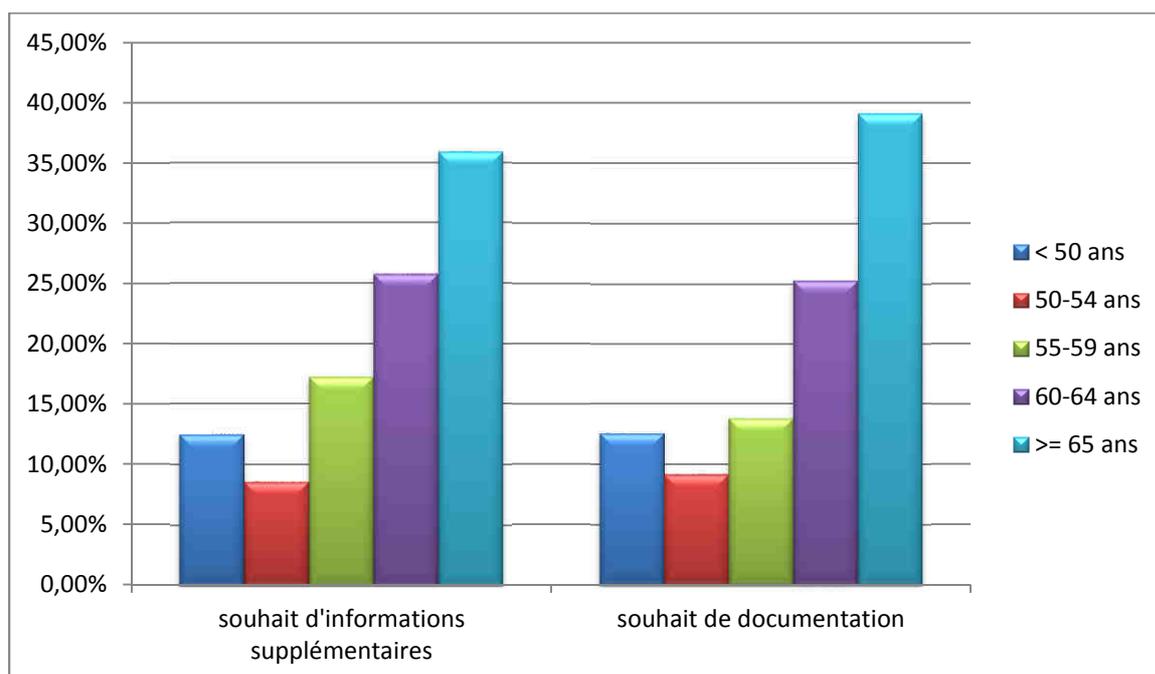
Plus de 60 % des patients souhaitant des informations supplémentaires et de la documentation sont des femmes (cf. Tableau 9.1)

Tableau 9.1 : souhait d'informations et de documentation en fonction du sexe.



Le souhait d'information et de documentation prédominent chez les patients de plus de 65 ans (cf. Tableau 9.2).

Tableau 9.2 : souhait d'information et de documentation en fonction de l'âge

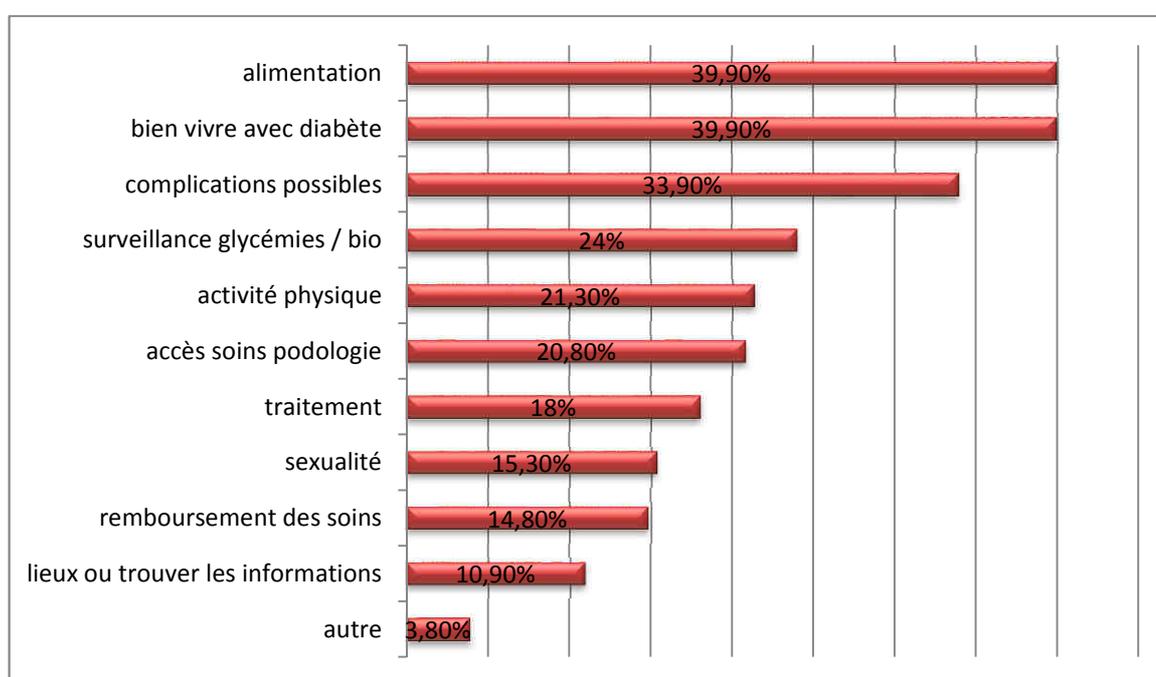


b. Les domaines d'informations

Les domaines pour lesquels les patients souhaitent plus d'informations sont principalement (cf. Tableau 10):

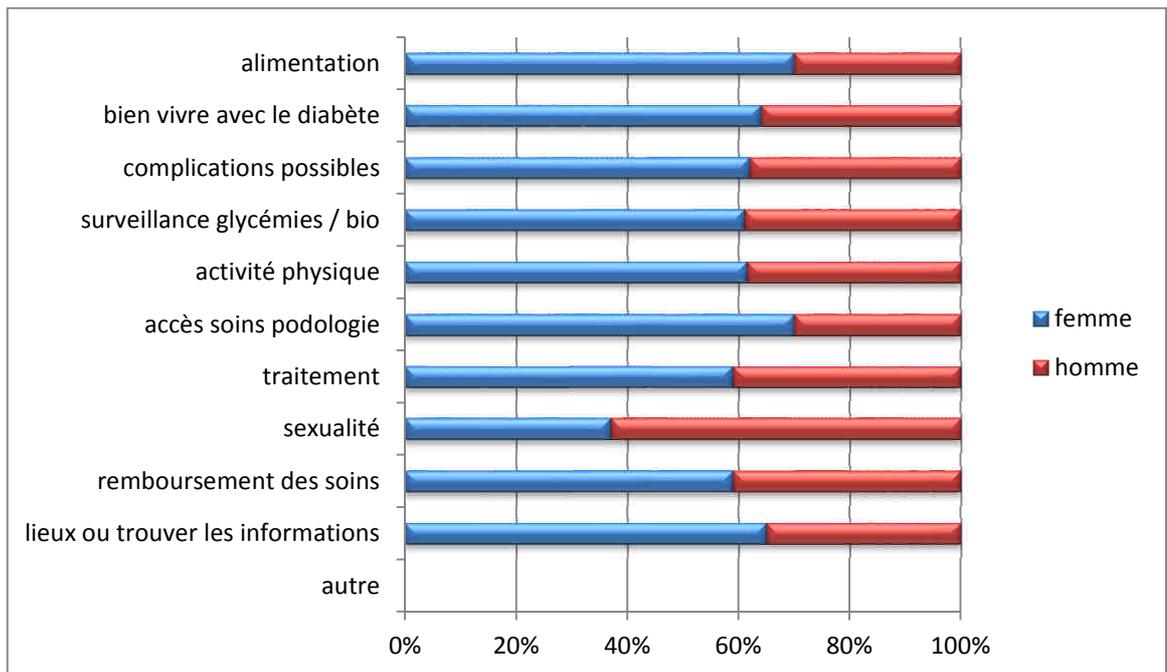
- l'alimentation : 39,9% des patients
- comment bien vivre avec le diabète : 39,9% des patients
- complications possibles du diabète : 33,9% des patients avec un IC95% = [27; 40,8]

Tableau 10 : les domaines souhaités d'informations des patients de l'étude.



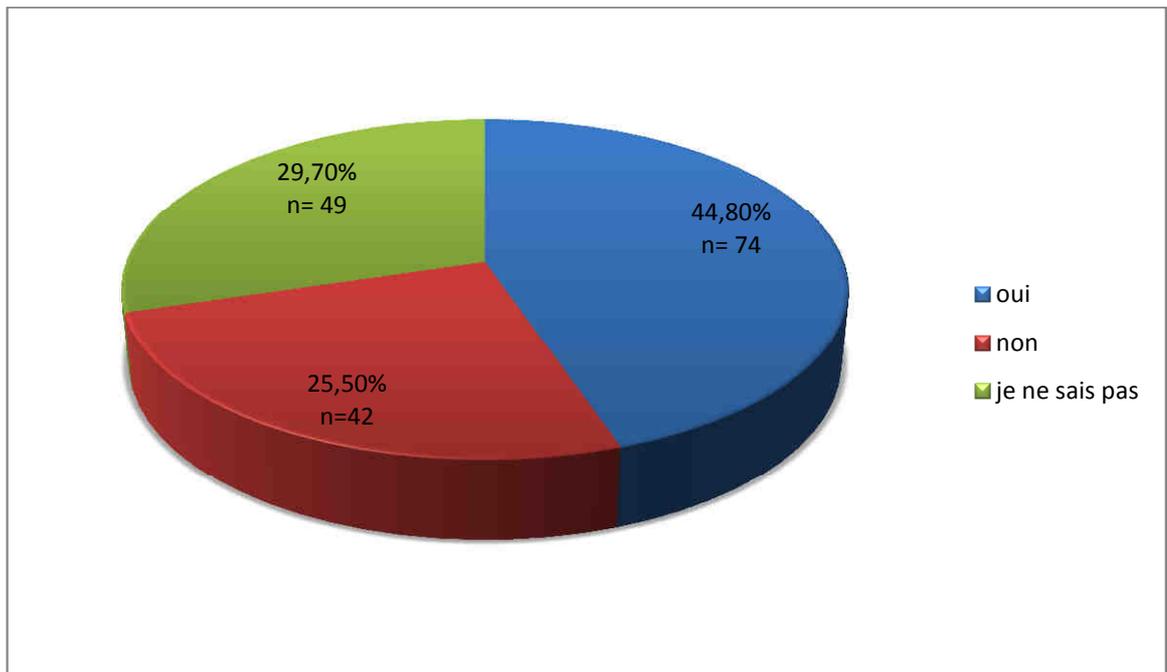
Ce sont surtout les femmes qui sont demandeuses dans la plupart des domaines (jusqu'à 70% pour l'alimentation et l'accès aux soins de podologie). En ce qui concerne la sexualité, ce sont surtout les hommes qui sont demandeurs d'informations dans 63% des cas (cf. Tableau 10 bis).

Tableau 10 bis : les domaines d'informations en fonction du sexe



Concernant ces domaines d'informations, 44,8% des patients de l'étude (n= 74) pensent que c'est leur médecin généraliste qui peut les informer, avec un IC95%= [37,6 ; 52] (cf. Tableau 11)

Tableau 11 : est ce le médecin généraliste qui peut informer le patient ?



C) DONNEES CONCERNANT LA SATISFACTION DES PATIENTS

a. Satisfaction de la prise en charge du diabète

83,3% des patients sont globalement satisfaits de la prise en charge de leur diabète, par leur médecin généraliste avec un IC95% = [77,9 ; 88,7]

32,2% sont tout à fait satisfait et 51,1% sont plutôt satisfaits (cf. Tableau 12).

Tableau 12 : satisfaction de la prise en charge des patients de l'étude

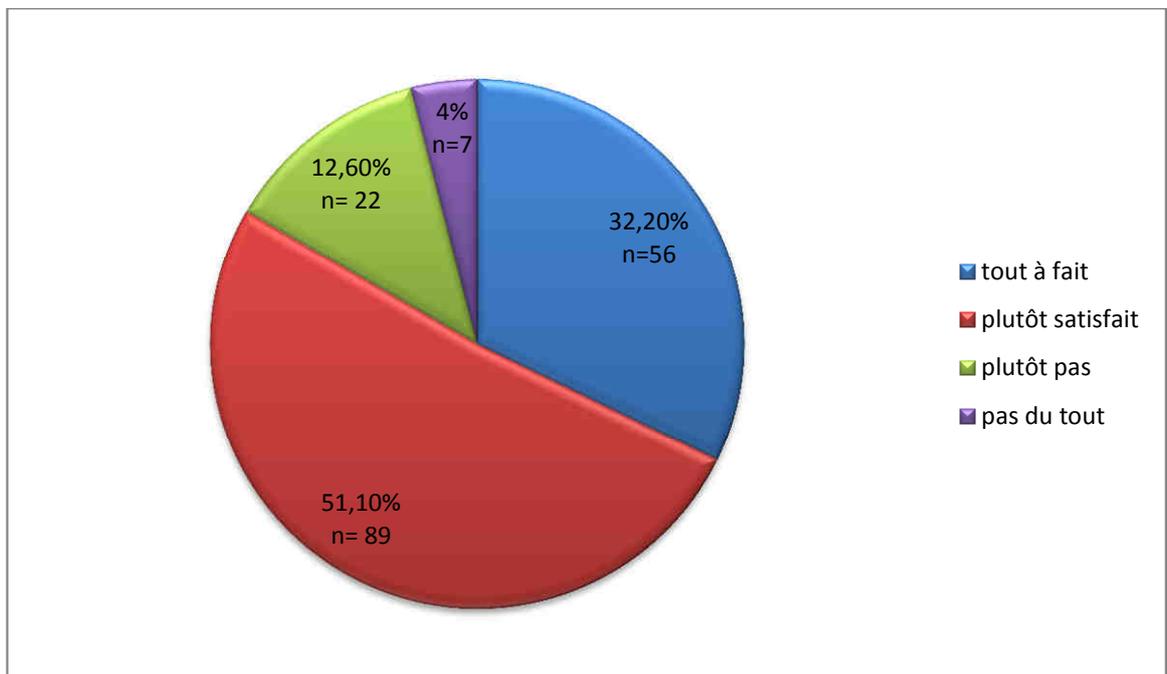
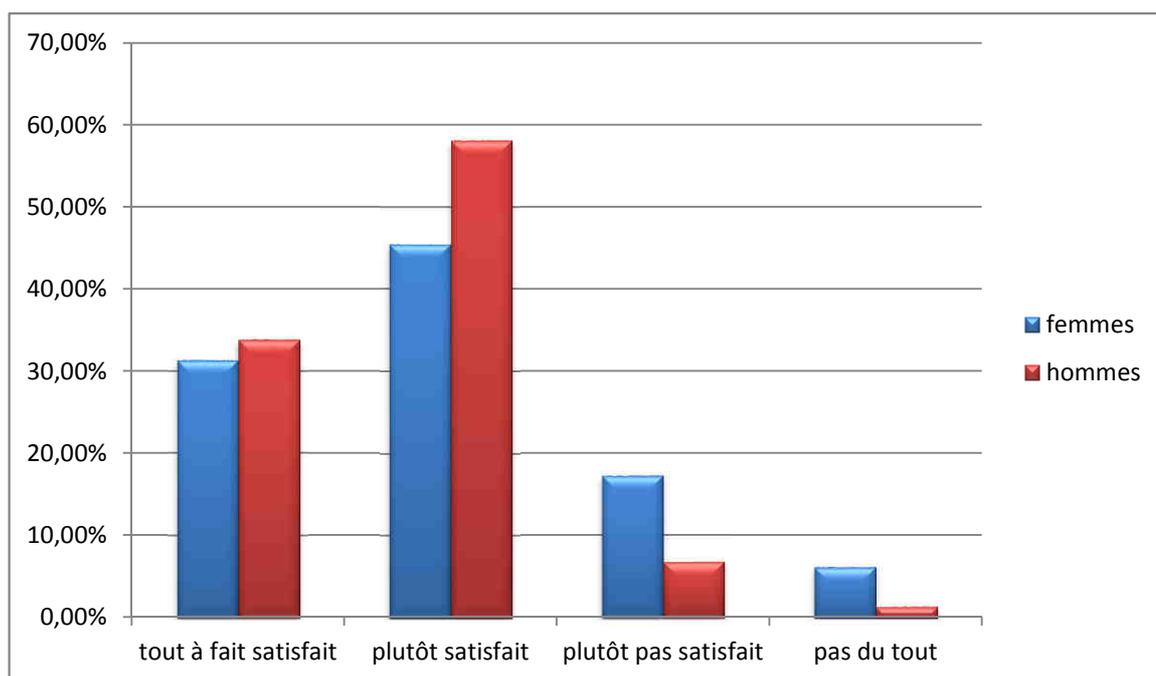


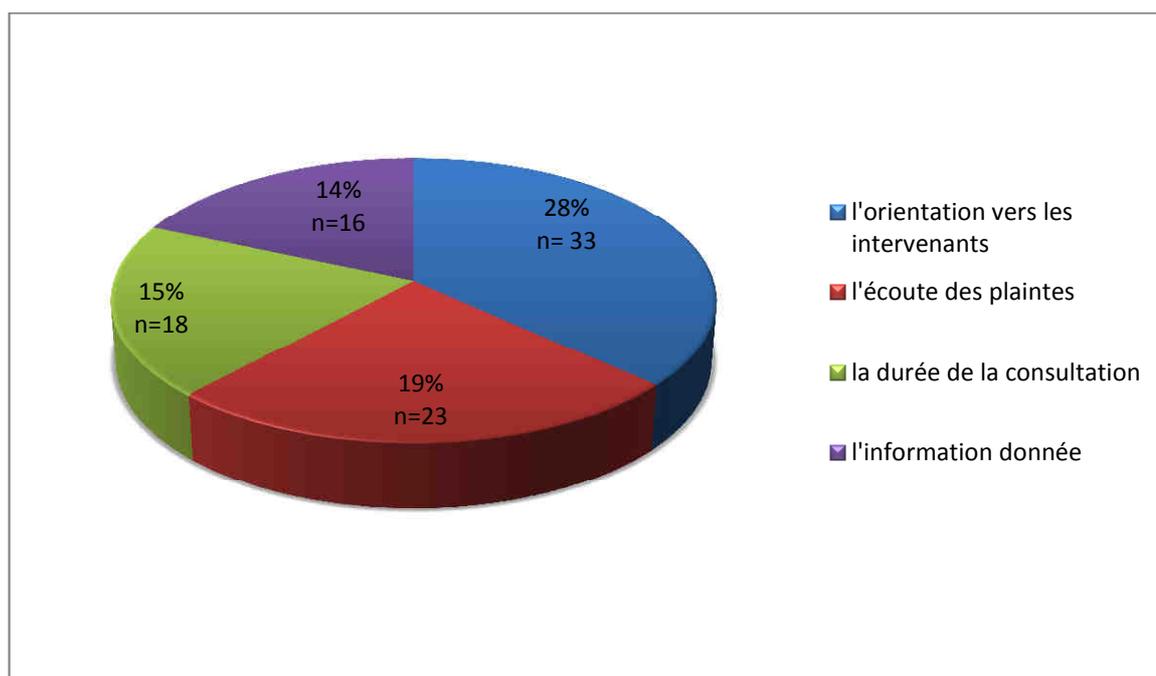
Tableau 12 bis : satisfaction de la prise en charge en fonction du sexe.



Les domaines de la prise en charge pour lesquels les patients ne sont pas satisfaits sont :

- 1- l'orientation vers les intervenants : 28% des patients avec un IC95% = [18,2 ; 37,8].
- 2- l'écoute des plaintes : 19% des patients avec un IC95% = [11,4 ; 27,6].
- 3- la durée de la consultation : 15% avec un IC95% = [7,2 ; 22,8].
- 4- l'information donnée : 14% avec un IC95% = [6,4 ; 21,6] (cf. Tableau 13).

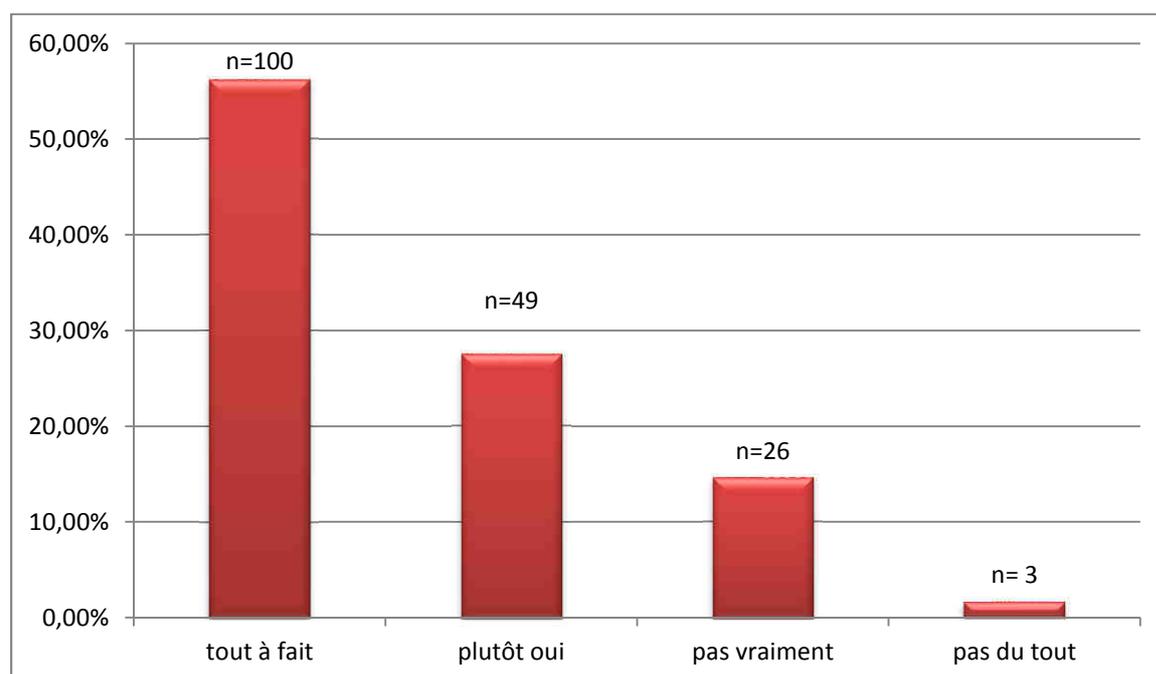
Tableau 13 : Les domaines de la prise en charge que les patients souhaitent améliorer.



b. Satisfaction de la relation médecin-patient

La majorité des patients ont répondu qu'ils peuvent aborder leurs problèmes liés au diabète avec leur médecin traitant. Parmi ces patients, 56,2 % ont répondu qu'ils peuvent tout à fait aborder leurs problèmes et 27,5 % ont répondu plutôt oui. 14,6 % ont répondu qu'ils ne le peuvent pas vraiment et 1,7 % pas du tout (cf. Tableau 14).

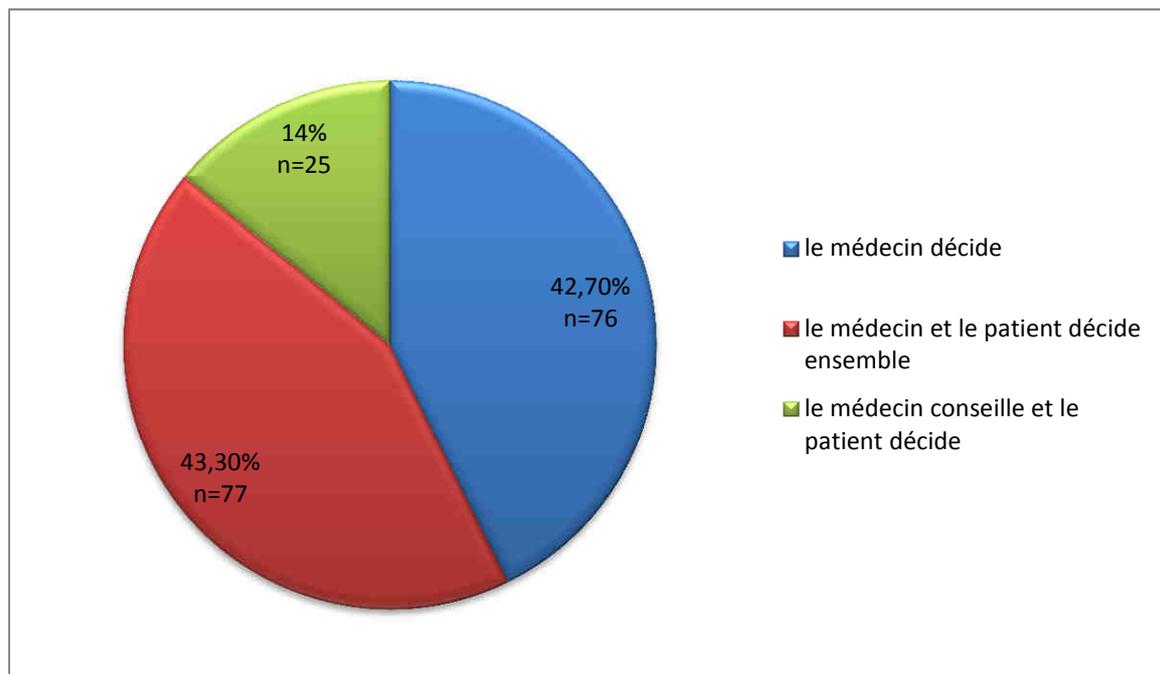
Tableau 14 : abord des problèmes avec le médecin traitant



La question 17 demandait aux patients de définir leur relation avec leur médecin en choisissant parmi les 3 propositions suivantes (cf. Tableau 15) :

- Le médecin décide : 42,7% des patients
- Le médecin et le patient décide ensemble : 43,3% des patients
- Le médecin conseille et le patient décide : 14% des patients

Tableau 15 : le type de relation médecin-patient



Pour 83,2% des patients (n=144), la relation qu'ils ont avec leur médecin traitant leur convient, avec un IC95%= [77,1 ; 89,3].

D) DONNEES QUALITATIVES CONCERNANT LES ATTENTES DES PATIENTS

A la question ouverte : quelles sont vos attentes de votre médecin généraliste vis-à-vis de votre diabète ? 112 patients ont répondu soit 61,5% des patients de l'étude (cf. Tableau 16).

Tableau 16 : les principales attentes des patients de l'étude

Les attentes	n	%
Informations/ conseils/ éclairage	23	28,4%
Ecoute/ attention/ patience	21	26%
Explications sur le traitement	8	10%
Rien de plus / plus rien/ pas grand chose	8	10%
Orientation vers le diabétologue	7	8,6%
Explications résultats prises de sang/ hypoglycémies	7	8,6%
Bon suivi, compétence	7	8,6%
Soutien/ compréhension/ considération	6	7,4%
Temps	5	6,2%
Guérison/ amélioration/ stabilisation de la maladie	5	6,2%
Dialogue, franchise	4	5%
Recherche / évolution sur nouveaux traitements	3	3,7%
Accompagnement	3	3,7%
Gestion évolution de la maladie/ complications/ avenir	3	3,7%
Collaboration avec le réseau	1	1,2%
Coordinations des examens complémentaires	1	1,2%
Fermeté	1	1,2%
Menus spécifiques, recettes	1	1,2%
Relation entre les intervenants	1	1,2%
sérieux	1	1,2%

Ces réponses manuscrites sont retranscrites ci-dessous de façon plus détaillée : Ainsi, à la question : quelles sont vos attentes de votre médecin généraliste vis-à-vis de votre diabète ? Les patients ont répondu :

Patient 1 : « Qu'il prenne en charge mon diabète de manière sérieuse (au minimum un examen tous les 3 mois relatif à cette maladie) ou me dirige sur un diabétologue qui lui s'en chargera, car actuellement, il me propose de faire l'examen que me ferait le diabétologue au prix d'un diabétologue et non pas d'un généraliste car il faudrait, paraît-il trente minutes pour effectuer cet examen et lui, généraliste, c'est dix minutes la consultation. »

Patient 2 : « Que mon médecin généraliste soit à l'écoute et me conseille »

Patient 3 : « Qu'il ne fasse pas obstacle à la consultation spécialisée (diabétologue) si le diabète n'est pas suffisamment équilibré »

Patient 4 : « Depuis que je connais l'espace RESODIAB44, beaucoup de réponses à mes questions me sont apportées. J'ai le regret de ne pas l'avoir connu plus tôt »

Patient 5 : « Je suis satisfaite de la relation de confiance qui nous lie. »

Patient 6 : « Qu'il me donne des médicaments mieux adaptés pour mon cas, qui n'est pas facile, car j'ai été opéré d'un rein. »

Patient 7 : « en parler plus longuement, et les prises de sang mieux suivis »

Patient 8 : « qu'il m'explique les résultats de prise de sang lorsque j'ai eu mon appareil de prise de glycémie. Mon pharmacien m'a textuellement dit de voir ça avec les enfants pour savoir comment ça marchait. Je ne m'en suis pas servi pendant six mois. Mon médecin référent homéopathe ne voulait pas entendre de RESODIAB. J'ai changé de médecin référent et là, j'ai pu m'inscrire à RESODIAB et ça a été un vrai soulagement. On m'a expliqué comment ça fonctionnait et j'ai eu une vraie écoute car moralement, je n'étais pas bien. On m'a ôté la culpabilité de mon diabète. On a l'impression qu'on mange trop donc que c'est de notre faute si on a du diabète »

Patient 9 : « Ecoute, conseils. J'ai la chance d'avoir un médecin généraliste qui prend le temps de me conseiller et de m'écouter. Je suis plus écoutée chez mon médecin que chez ma diabétologue »

Patient 10 : « Qu'il soit à mon écoute, que mes examens de contrôle soient fait régulièrement, qu'il y ait une bonne relation patient médecin, cela est important que, si il y a un changement de traitement, qu'il m'explique pourquoi, pour le physique et le moral du patient, cela est important. »

Patient 11 : « qu'il écoute mes plaintes et que nous décidions ensemble du bien fondé des médicaments et du régime ou de l'alimentation à suivre pour baisser les glycémies. »

Patient 12 : « Dès que j'ai un doute, j'en parle à mon médecin et j'ai la réponse »

Patient 13 : « Je lui fais confiance sur le traitement qu'il me donne et c'est à moi après de bien suivre les conseils de la diététicienne. »

Patient 14 : « qu'il soit à l'écoute et qu'il m'accompagne dans mes difficultés à accepter et assumer ce diabète, très envahissant dans la vie quotidienne. Il le fait assez bien et je pense compter sur lui. Ce que j'apprécie aussi, c'est qu'il n'est pas dans la plainte. »

Patient 15 : « « plus d'informations »

Patient 16 : « la franchise »

Patient 17 : « une échographie du pancréas, une analyse de sang pour connaître vraiment l'insuline que je produis, savoir si je suis diabétique de type 1 ou de type 2 »

Patient 18 : « qu'il continue à s'occuper de moi »

Patient 19 : « qu'il m'explique mieux et qu'il fasse attention à ce qu'il fait, car la plupart du temps il court et oublie beaucoup de faire certains papiers car après, il faut lui téléphoner et retourner à son cabinet »

Patient 20 : « le médecin généraliste m'a dirigé vers RESODIAB, j'ai assisté à des réunions qui m'ont été bénéfiques. Pour l'instant, tout se passe bien. »

Patient 21 : « que je suis plus diabétique »

Patient 22 : « qu'il m'envoie vers un diabétologue. Pour lui, ce n'est pas la peine puisque ma glycémie se trouve entre 6,25 et 7. »

Patient 23 : « une écoute et une information verbale et des conseils en fonction de mon état (ce qui est déjà le cas) »

Patient 24 : « des prescriptions médicales »

Patient 25 : « qu'il me prenne au sérieux. Qu'il soit attentif, qu'il m'explique, me conseille et me rassure »

Patient 26 : « accompagnement, éclairage, soutien, informations évolutives »

Patient 27 : « un peu plus de temps d'écoute »

Patient 28 : « rien de plus »

Patient 29 : « plus de sérieux »

Patient 30 : « écoute, patience. Le médecin conseille et je décide. Maintenant, je limite les visites, je finissais par ne plus supporter ce poids autoritaire sur ma propre personnalité. Depuis, je respire mieux malgré tous mes doutes pour l'avenir »

Patient 31 : « que le médecin me tienne au courant des évaluations des médicaments et des injections qu'il ne maîtrise pas trop »

Patient 32 : « Dès la connaissance de cette maladie, j'aurais souhaité plus d'informations et de fermeté des risques encourus »

Patient 33 : « Je suis suivie régulièrement par un diabétologue. »

Patient 34 : « Malgré un suivi par une diabétologue, et tous les conseils engrangés grâce à RESODIAB. J'ai besoin de temps en temps que mon généraliste me suive dans mon traitement et les résultats de laboratoire. »

Patient 35 : « qu'elle le prenne en considération »

Patient 36 : « pas grand-chose, c'est mon diabétologue qui s'en occupe »

Patient 37 : « une écoute plus spécifique face au diabète, des conseils sur les conséquences de cette maladie, les répercussions, puis la mise en relation avec un spécialiste »

Patient 38 : « un suivi professionnel et des conseils : je trouve les deux chez mon médecin. Mais il manque l'expérience, le savoir spécifique et les témoignages, ainsi que la convivialité trouvés au RESODIAB44. »

Patient 39 : « qu'il me rassure sur les douleurs des jambes. J'ai beaucoup de difficultés pour marcher. »

Patient 40 : « qu'existe-t-il comme insuline en plus petite quantité pour les déplacements en période de chaleur »

Patient 41 : « plus de compréhension et moins d'attitude répressives en cas d'entorses au régime diabétique »

Patient 42 : « plus de conseils »

Patient 43 : « il me suit régulièrement et me propose des médicaments adaptés tels Eucréas »

Patient 44 : « être plus à l'écoute de mes plaintes et me donner des conseils »

Patient 45 : « prise en charge du traitement et plus d'écoute »

Patient 46 : « un suivi sérieux »

Patient 50 : « A 76 ans, que voulez vous que j'attende sinon un suivi pour une prolongation de vie. Il ne faut rien attendre, dieu seul décide alors attendons et restons zen. »

Patient 51 : « il me parle un peu plus qu'il ne me rassure vis-à-vis de mon diabète, qu'il puisse faire tous les examens qui me sont obligatoires pour ma santé »

Patient 52 : « Si elle a de nouvelles informations, qu'elle me mette au courant »

Patient 53 : « avoir des renseignements sur les traitements à venir, la progression du taux d'hémoglobine glyquée. »

Patient 54 : « plus d'écoute »

Patient 55 : « ce n'est pas lui qui me les donnera mais j'aimerais bien des menus spécifiques (ou alors une tablette donnée par le médecin) ainsi que des recettes. »

Patient 56 : « pouvoir en parler plus souvent, accepter les effets secondaires que certains traitements peuvent avoir. Par exemple, je ne supportais pas du tout le stagid. »

Patient 57 : « toujours plus d'informations, de conseils et de surveillance »

Patient 58 : « plus d'écoute, il n'a pas beaucoup de temps à consacrer pour les différents conseils. Il s'occupe des analyses de sang et de l'adaptation du traitement mais pas de modifications des glycémies dans la journée. Pas assez de conseils diététiques. »

Patient 59 : « je suis personnellement atteinte de plusieurs maladies pouvant avoir des incidences sur chacune d'entre elles, les unes par rapport aux autres. Il serait bien que toutes ces maladies soit gérées en même temps et non privilégier l'une indépendamment de l'autre. »

Patient 60 : « un bon suivi et une bonne explication »

Patient 61 : « Qu'il soit bien contrôlé et bien pris en charge »

Patient 62 : « Qu'il se forme à cette maladie (ce qu'il a refusé jusqu'ici auprès de RESODIAB)

Patient 63 : « Qu'il me renseigne »

Patient 64 : « Plus rien. Dans l'idéal, au début : de la documentation, l'existence de RESODIAB, affaire de spécialiste pour une prise au sérieux personnelle. »

Patient 65 : « Qu'il continue à m'informer et me suivre de près »

Patient 66 : « Qu'il délègue à d'autres spécialistes, qu'il ne fasse pas une fixation seulement sur le poids »

Patient 67 : « rien »

Patient 68 : « relation avec le diabétologue CHU »

Patient 69 : « Un peu plus d'attention sur le sujet, consultation trop expéditive. En dehors de ça, j'aime mon médecin »

Patient 70 : « Le suivi généraliste – spécialiste me convient. Le spécialiste transmet ses compte rendus et après l'information que m'a transmis le spécialiste, nous évoquons avec le généraliste la situation et fixons le but à atteindre »

Patient 71 : « rien de plus »

Patient 72 : « Qu'il me soigne le plus longtemps possible et stabilise mon diabète »

Patient 73 : « Qu'il m'indique davantage comment prévenir les hypoglycémies, les éviter, les sentir venir... (9 en 7 ans) »

Patient 74 : « Des analyses plus fréquentes au lieu de annuellement sur l'ensemble de ma santé (cœur, artères...) C'est moi qui ait exigé une analyse en novembre 2009. J'avais une HbA1c à 15,9% et j'ai été hospitalisé à Bélier. On m'a avant tout appris à gérer moi-même mon diabète. Aucune infirmière ne m'a piqué. Je me pique moi-même, c'est capital. RESODIAB m'a beaucoup aidé au départ. C'est très convivial. »

Patient 75 : « Je suis en maison de retraite depuis un an, fais partie des handicapés »

Patient 76 : « Qu'il arrive à bien stabiliser mon diabète car il y a des hauts et des bas »

Patient 77 : « De stabiliser mon diabète le plus longtemps possible (étant d'une famille de diabétiques) »

Patient 78 : « Une discussion franche et des décisions si nécessaire rapides et efficaces. Pour ma part, c'est déjà le cas. »

Patient 79 : « Nous sommes heureux d'avoir des nouvelles sur le diabète qu'on suit avec notre nouveau médecin »

Patient 80 : « Qu'il prenne plus de temps notamment en consultation pour informer et expliquer les inconvénients du diabète »

Patient 81 : « rien de plus »

Patient 82 : « rien »

Patient 83 : « plus d'infos sur l'avenir »

Patient 84 : « Je n'attends plus rien de mon médecin que l'entretien des médicaments. Je ne regrette qu'une chose : qu'il ne m'ait pas envoyé à un spécialiste dès le début, et si seulement, il m'avait fait une prise de sang 6 mois voire 1 an après. Je ne l'ai eu que 3 ans et demi après, quand ça n'allait plus du tout. Maintenant, je suis suivi depuis 18 mois par un diabétologue à l'hôpital de Chateaubriand qui a l'air de bien me suivre. »

Patient 85 : « le suivi de l'HbA1c »

Patient 86 : « Qu'il m'écoute et me conseille sur les résultats du traitement prescrit »

Patient 87 : « rien de particulier, je suis plus à l'aise à ce sujet avec ma diabétologue »

Patient 88 : « C'est mon diabétologue qui est mon médecin traitant »

Patient 89 : « L'évolution sur la maladie, les nouveaux résultats obtenus par les chercheurs pour une guérison définitive »

Patient 90 : « M'expliquer et me proposer des prescriptions adaptées »

Patient 91 : « pas de problèmes particuliers »

Patient 92 : « Que le médecin généraliste ait plus de collaboration avec le réseau. »

Patient 93 : « qu'il soit à l'écoute et agisse »

Patient 94 : « une écoute, une aide, des résultats »

Patient 95 : « qu'il continue comme ça »

Patient 96 : « Rien de plus que la surveillance de mon diabète, assortie de conseils. »

Patient 97 : « plus de coordination pour le suivi des différents examens périodiques dûs à cette maladie »

Patient 98 : « consacrer plus de temps pour en parler »

Patient 99 : « interprétation de l'évolution de l'analyse de sang, évolution du poids, activité physique »

Patient 100 : « c'est un travail d'équipe »

Patient 101 : « Qu'il m'aide à gérer au mieux l'évolution de mon diabète »

Patient 102 : « Qu'il reste attentif sur l'évolution de mon diabète afin de me donner les meilleurs conseils et si besoin me diriger vers un diabétologue »

Patient 103 : « compétence et dialogue »

Patient 104 : « ou plutôt de RESODIAB44, parfois souvent absent »

Patient 105 : « D'avoir un bon suivi de mon diabète »

Patient 106 : « un suivi et un lien endocrinologue, médecin traitant et moi-même. »

Patient 107 : « Qu'il soit présent tout au long des évolutions positives ou négatives de mon diabète »

Patient 108 : « A partir du moment où la médecine évolue très vite, alors m'informer de tout progrès, tout traitement nouveau qui peut améliorer encore ma vie quotidienne. »

Patient 109 : « Les analyses sont bonnes avec le traitement donc je ne sais pas. »

Patient 110 : « avoir un suivi régulier »

Patient 111 : « trouver les moyens médicamenteux qui permettent d'améliorer ou stabiliser la maladie sans pour autant prendre toujours plus de médicaments. »

Patient 112 : « Rien de plus »

IV) DISCUSSION

A) LA METHODOLOGIE

a. Limites de l'étude

Il n'y a pas eu de rappel que ce soit par téléphone (car le questionnaire est anonyme) ou par courrier car limite financière. De plus un taux de réponse de 24,6 % est correct et correspond à la moyenne des taux de réponse dans ce type de méthode.

Malgré cette limite financière, je n'ai pas voulu faire intervenir de laboratoire privé dans ma thèse.

b. Biais de recrutement

Il existe un biais de recrutement car les diabétiques de l'étude sont issus du réseau RESODIAB 44 et non pas tirés au sort dans la population diabétique générale. Les patients diabétiques du réseau sont considérés comme difficiles à équilibrer en médecine libérale, par le médecin généraliste seul. Seulement 20% des patients diabétiques de type 2 sont suivis par un endocrinologue dans la population générale contre 60,6% au RESODIAB 44. La population choisie est celle du réseau car je ne voulais pas passer par les médecins généralistes pour que les patients soient le plus objectif possible (C'est pour ça que j'ai précisé que le questionnaire était anonyme et que leur médecin généraliste n'était pas au courant).

Au réseau, le retour des patients par rapport au questionnaire a été très bien reçu. Les patients ont apprécié qu'on leur demande leur avis.

B) ANALYSE DE LA POPULATION ETUDIEE

Dans notre étude, il y a une majorité de femmes (57,7%) représentative de la population du réseau RESODIAB 44 (59%). Comparativement à la population diabétique du département et de l'étude nationale ENTRED, on met en évidence une discordance avec une majorité d'hommes diabétiques (cf. Tableau 17). Les hommes diabétiques sont donc moins pris en charge par le réseau alors qu'il sont les plus nombreux dans la population générale.

Tableau 17: Comparaison de la population de l'étude en fonction du sexe.

	étude	RESODIAB44	Loire Atlantique	ENTRED
homme	42,3%	41%	54,7%	54%
femme	57,7%	59%	45,3%	46%

En ce qui concerne l'ancienneté du diabète, elle est moins importante dans l'étude (5 à 10 ans pour 52% des patients) que dans la population de l'étude ENTRED (avec une ancienneté moyenne de 9 ans). On retrouve par contre dans les deux études un âge moyen de 65 ans pour les patients diabétiques.

Concernant le traitement du diabète, la majorité des patients de l'étude (64,3%) ont un traitement oral seul, mais de façon moins importante que dans la population diabétique nationale de l'étude ENTRED (80 %). En effet, on retrouve plus de patients sous insuline (29,1%) dans le RESODIAB 44 concerné par notre étude.

Tableau 18 : comparaison du traitement dans l'étude et ENTRED.

	étude	ENTRED
Traitement oral seul	64,3%	80%
Traitement avec insuline	29,1%	17%
Pas de traitement	6,6%	3%

Dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire concernant les relations entre les caractéristiques socio-économiques et l'état de santé, il est mis en évidence un niveau socio-économique plus faible dans la population diabétique par rapport à la population générale et donc, une nécessité de faire des efforts d'amélioration dans la prévention et la prise en charge du diabète plus particulièrement dans les milieux défavorisés [15].

On retrouve le même profil chez les patients de l'étude avec 63% des patients qui ont un niveau scolaire inférieur au baccalauréat.

Concernant le suivi, dans notre étude, seulement 39,4% des patients sont suivis par leur médecin généraliste seul, alors que ce taux est de 87% dans l'étude ENTRED. Cette discordance est liée au biais de sélection de la population de départ. En effet, dans notre étude, la population est issue du réseau RESODIAB44 et on constate que ces patients considérés comme difficiles à équilibrer sont pour la plupart suivis par un spécialiste.

C) ANALYSE DE L'INFORMATION DES PATIENTS

a. L'information de façon globale

Dans notre étude, la plupart des patients se dit bien informée par leur médecin généraliste (81%). Cela correspond aux résultats de l'étude ENTRED avec 80% des patients.

Les patients qui se sentent le mieux informés ont plus de 65 ans et ont un niveau d'étude faible (primaire, collègue, BEPC). On retrouve les mêmes résultats pour l'âge dans l'étude ENTRED.

Cependant, que ce soit dans notre étude ou dans l'étude ENTRED (avec respectivement 70,7% et 75% des patients), la plupart des patients souhaitent avoir des informations supplémentaires. Le taux est un peu plus faible pour les patients du réseau, ayant a priori, plus facilement accès aux informations par le biais du réseau.

Dans l'étude ENTRED, la principale source d'information des patients diabétiques est le médecin généraliste dans 82% des cas. Dans notre étude, seulement 44,8% des patients considèrent leur médecin généraliste comme leur principale source d'information. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients de l'étude ont accès plus facilement à l'information sans passer par leur médecin, par l'intermédiaire du réseau.

b. Les domaines d'information

Le domaine pour lequel les patients souhaitent avoir plus d'information est l'alimentation. Cela rejoint la principale difficulté des médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques qui est l'adhésion aux recommandations diététiques [8].

Les principaux domaines pour lesquels les patients souhaitent plus d'informations sont les mêmes dans chacune des études : **l'alimentation, comment bien vivre avec le diabète et les complications** (cf. Tableau 19).

L'étude DAWN met également en évidence que les complications et l'aggravation du diabète sont l'une des premières sources d'inquiétude des patients diabétiques [11]. Il en est conclu la nécessité d'une information dédramatisée sur l'évolution de la maladie.

Tableau 19 : les domaines d'informations dans l'étude / ENTRED

	ETUDE	ENTRED
ALIMENTATION	39,9%	45%
BIEN VIVRE AVEC DIABETE	39,9%	29%
COMPLICATIONS POSSIBLES	33,9%	35%
SURVEILLANCE BIO	24%	13%
ACTIVITE PHYSIQUE	21,3%	18%
TRAITEMENT	18%	17%
SEXUALITE	15,3%	15%
REMBOURSEMENT SOINS	14,8%	21%
LIEUX INFORMATIONS	10,9%	12%

Concernant la sexualité, on retrouve une disparité homme / femme. Les hommes sont plus demandeurs d'information sur la sexualité. Il en est de même dans l'étude ENTRED (24% des hommes contre 6% des femmes).

D) ANALYSE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

a. La satisfaction de la prise en charge

Les patients diabétiques de l'étude sont globalement satisfaits de la prise en charge de leur diabète dans 83% des cas. 28% des patients souhaiteraient améliorer l'orientation vers les autres intervenants. Cela rejoint l'étude DAWN qui recommande la collaboration entre les professionnels de santé pour une prise en charge multidisciplinaire. 19% des patients souhaitent améliorer l'écoute. Les non satisfaits sont surtout les femmes. Puis vient la durée de la consultation que les patients souhaiteraient améliorer dans 15% des cas.

La durée de la consultation n'est donc pas la priorité dans la prise en charge, pour les patients. Cela rejoint le document de travail de l'IRDES sur la qualité des soins en France [23] qui met en évidence que 83% des patients disent avoir le temps de discuter de leurs problèmes avec leur médecin. Dans notre étude, on retrouve des résultats comparables avec 81,9% des patients qui disent pouvoir aborder facilement leurs problèmes avec leurs médecins. Les patients souhaitent davantage améliorer l'écoute pendant la consultation qu'améliorer sa durée.

b. La satisfaction de la relation patient-médecin

La majorité des patients de l'étude décrit une relation où ils décident ensemble avec leur médecin (43,3%). La relation qu'ils ont avec leur médecin leur convient dans 83,2% des cas.

Cela rejoint les résultats de la thèse de JB Bonnet [4] dans laquelle les patients ont une bonne image de leur relation avec leur médecin généraliste, avec une confiance importante.

E) LES ATTENTES DES PATIENTS DIABETIQUES

Dans le questionnaire, trois patients ont répondu vouloir avoir des informations sur la recherche médicale concernant le diabète et le traitement, notamment sur l'avenir des médicaments antidiabétiques (souvent décriés dans la presse ces derniers temps).

On retrouve cette attente également dans la thèse de P. Bernard [2] qui évoque le fait que des patients comptent sur la recherche médicale pour trouver de nouveaux traitements contre le diabète afin d'améliorer notamment leur qualité de vie. Le souhait d'information sur la recherche médicale est une demande assez forte chez les patients ainsi que la volonté d'une guérison du diabète.

En effet, la qualité de vie des patients diabétiques est une de leurs préoccupations principales. C'est pourquoi le premier domaine d'informations souhaité par le patient (ex-æquo avec l'alimentation) est : comment bien vivre avec le diabète.

Les patients diabétiques gardent l'espoir de ne plus avoir de diabète [2]. Deux patients ont répondu au questionnaire qu'ils attendaient de leur médecin traitant la guérison de leur diabète (cf. thèse de P. Bernard : « une vie sans diabète »). Cela soulève une question : Ont-ils été informés de l'incurabilité de cette maladie ou sont-ils dans le déni ?

Huit patients n'attendent rien de plus ou plus rien (de façon défaitiste) de leur médecin. On retrouve cela dans la thèse de P. Bernard dans laquelle un patient dit ne pas avoir d'attentes de son médecin.

10 % des patients ayant répondu à la dernière question souhaitent plus d'explications sur le traitement : « des médicaments mieux adaptés », « information sur l'évaluation des médicaments », « renseignement sur les traitements à venir », « les effets secondaires ». Ces besoins éducatifs sur le traitement sont également mis en évidence dans l'étude de T. BLAIN et P.Y. TRAYNARD [3] avec une volonté des patients de connaître les mécanismes d'action des différents traitements, les effets secondaires, les raisons de la prescription, les interactions entre les médicaments.

V) CONCLUSION

Il ressort de cette thèse que les patients diabétiques sont pour la plupart satisfaits de la prise en charge de leur diabète par leur médecin généraliste. Ils ont cependant des attentes : plus d'écoute, de compréhension, une meilleure information sur la maladie, les traitements, l'alimentation. Ils souhaiteraient plus de documentation écrite et une prise en charge multidisciplinaire faisant intervenir les différents professionnels de santé.

Pour répondre à ces attentes, il est nécessaire d'améliorer les pratiques et de mettre en place du temps pour l'éducation thérapeutique. Les patients de l'étude comprennent le manque de temps des médecins généralistes et ont pu palier à cela en s'adressant au réseau. Les réseaux diabète permettent de compléter la prise en charge du médecin généraliste en terme d'éducation thérapeutique et la prise en charge nutritionnelle par une diététicienne, remboursée par la sécurité sociale dans le cadre du réseau.

Une perspective d'avenir s'ouvre également pour répondre aux attentes des patients avec la mise en place par l'Assurance Maladie du plan d'accompagnement « SOPHIA » des patients diabétiques, débuté en 2011 au niveau national et début 2012 en Loire-Atlantique.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. AMMOUCHE M. Sept propositions pour endiguer le fléau. Panorama du médecin n°5218- 21 du 27 mars 2011.
2. BERNARD P. Thèse de docteur en médecine : vécu et représentations mentales de la maladie chez les diabétiques de type 2.étude préliminaire. p19-20. université de Nantes ; 2006.
3. BLAIN T, TRAYNARD P.Y, GAGNAIRE R. Analyse des besoins éducatifs des patients diabétiques vis-à-vis de leur médicament. Laboratoire de pédagogie de la santé EA3413. Univ Paris 13. Réseau paris diabète.
4. BONNET J.B. Image du médecin généraliste par les patients. Thèse de médecine générale. N°20/08/66. univ. Nantes. 20 octobre 2008.
5. BRAS P, DUHAMEL G, GRASS E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques: les enseignements des expériences étrangères de "disease management". Pratiques et organisation des soins. 2006;37:341-58.
6. COULOMB A, HALIMI S, CHASKILEVITCH I. Le livre blanc du diabète : 7 propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXe siècle. Société francophone du diabète.
7. FAGOT-CAMPAGNA A, ROMON I, FOSSE S, ROUDIER C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France Synthèse épidémiologique. Institut de veille sanitaire. Novembre 2010.
8. FOURNIER C, GAUTIER A. Démarche éducative : source d'information et besoins des personnes diabétiques de type 2 , pratiques et attentes des médecins. ENTRED 2007-2010. Symposium Entred au congrès de l'Alfediam, Strasbourg , 20 mars 2009
9. GUYOT S. Thèse de docteur en médecine : éducation du patient : les besoins des diabétiques ; université de Nancy ; 2003
10. JAFFRIOL C. actualités de la prise en charge du diabète de type 2 en France. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2009, vol.193,n°7 pp1645-1661
11. OLIVIER D. Etude DAWN, les diabétiques en question. Presse Médicale. 1^{er} juin 2002. Tome 31 n°19 p. 908.
12. PEYROT M, RUBIN RR, LAURITZEN T. et al. Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national DAWN study. Diabetologia 2006; 49: 279-88.

13. RENDERS C, VALK GDS JJ, TWISK J et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes mellitus. A long-term comparison of two quality improvement programmes in the Netherlands. *Diabet Med.* 2003;20:846-52.
14. RICCI P.,BLOTIERE P.O.etc. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *BEH.* 9 nov. 2010. N°42-43 ; p.428.
15. ROMON I.,DUPIN J., FOSSE S.etc.Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, *Entred* 2001. *BEH* ; 14 nov. 2006. N°45 ; p.347-349.
16. SFDRMG. Adapter la consultation aux besoins actuels : durée ou style ? *Bibliomed* n°582 du 8 avril 2010.
17. VARROUD-VIAL M. Les réseaux de santé diabète. In: LC, ed. 33 concepts et méthodes qui ont marqué l'évolution de la prise en charge du diabète de type 2 2008:61-7.
18. VARROUD-VIAL M, ULOCCO M. Les réseaux de santé diabète: quel bilan? quel avenir? *Médecine des maladies métaboliques.* 2007;1(2):75-9.
19. VARROUD-VIAL M, COLICHE V, DEBELLIS M, et al. Réseaux de santé Diabète (1). *Revue du praticien Médecine Générale.* 2005; 19(712/713):1380-2.
20. VARROUD-VIAL M, HENRY G, LEGRELLE M et al. Evaluation des pratiques de soins dans un réseau de santé diabète. *Revue du praticien Médecine Générale.* 2006;20(718/719): 122-4.114
21. VARROUD-VIAL M., COLICHE V.,etc. Réseaux de santé diabète. *La revue du praticien Médecine générale.*2005 ; 19 (712/713) : 1380-2
22. VARROUD-VIAL M., COLICHE V.,etc. Réseaux de santé diabète (II) *La revue du praticien Médecine générale.*2005 ; 19 (714/715)
23. ZEYNEP O., COM-RUELLE L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? *IRDES.* décembre 2008 ; DT n°18.
24. <http://www.invs.sante.fr/entred>
25. <http://www.resodiab44.fr>
26. www.dawnstudy.com
27. www.sophia-infoservice.fr

VII) ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques.

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

HAS : Haute Autorité de Santé.

InVS : Institut de Veille Sanitaire.

INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé.

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

VIII) ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire de l' étude

Annexe 2 : le RESODIAB 44

Annexe 3 : les besoins fondamentaux

Annexe 4 : taux standardisé de la prévalence du diabète traité, par département en 2009

Annexe 5 : étude ENTRED 2007/2010

Annexe 6 : stratégie thérapeutique de la prise en charge du diabète de type 2

Annexe 7 : mise en place de « SOPHIA » sur le territoire français

Annexe 8 : courrier d'information concernant « SOPHIA » envoyé à chaque affilié de l'Assurance Maladie

ANNEXE 1

Le questionnaire de l'étude

A L' ATTENTION DES PATIENTS diabétiques de type 2, inclus dans le réseau RESODIAB 44 :

Ce questionnaire fait l'objet de mon travail de thèse en médecine sur vos attentes concernant votre médecin généraliste au sujet de votre diabète. Il est individuel et sera traité de façon anonyme, votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. Merci par avance, de votre contribution. N.Ghafir

1/ Quel est votre sexe ? homme femme

2/ Quel âge avez-vous ?

moins de 50 ans de 50 à 54 ans de 55 à 59 ans de 60 à 64 ans 65 ans et plus

3/ Quel est votre niveau d'études ?

Jamais scolarisé lycée général/technique, BAC, BAC +1an

primaire , CEP (certificat d'études primaires) BAC +2 ans ou plus

collège, BEPC, CAP, BEP autre, précisez :

4 / Depuis combien de temps êtes -vous diabétique ?

Moins de 5 ans De 5 à 10 ans De 10 à 15 ans Plus de 15 ans

5 / Quel traitement prenez-vous pour votre diabète ?

Par comprimés Par injections d'insuline Les deux

6 / Etes vous suivi par un endocrinologue ? oui non

7/ Si oui, est ce votre généraliste qui vous y a adressé ? oui non

8/ Comment avez-vous le sentiment d'être informé sur votre diabète par votre médecin généraliste?

Très bien informé plutôt bien informé plutôt mal informé très mal informé

9/ Souhaitez vous avoir des informations supplémentaires sur votre diabète ?

Oui non

**10/ Si oui, à propos de quel(s) sujet(s) concernant votre diabète souhaiteriez vous être mieux informé ?
(une ou plusieurs réponses possibles)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'alimentation | <input type="checkbox"/> la surveillance des glycémies et les prises de sang |
| <input type="checkbox"/> les complications possibles | <input type="checkbox"/> le traitement |
| <input type="checkbox"/> comment bien vivre avec le diabète | <input type="checkbox"/> la sexualité |
| <input type="checkbox"/> remboursements des soins | <input type="checkbox"/> lieux ou trouver les informations |
| <input type="checkbox"/> accès aux soins de podologie/pédicurie | <input type="checkbox"/> autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> l'activité physique | |

11/ Pensez vous que c'est votre médecin généraliste qui peut vous informer sur ces sujets ?

- oui non je ne sais pas

12/ Comment avez-vous connu le réseau ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> par votre médecin généraliste | <input type="checkbox"/> par un autre patient du réseau |
| <input type="checkbox"/> par votre endocrinologue | <input type="checkbox"/> par les médias |
| <input type="checkbox"/> autre. précisez : | |

13/ Souhaiteriez vous que votre médecin généraliste vous remette de la documentation sur le diabète ?

- oui non

14 / Etes -vous satisfait de la prise en charge de votre diabète par votre médecin généraliste ?

- Tout à fait satisfait plutôt satisfait plutôt pas satisfait pas du tout satisfait

15/ Si vous n'êtes plutôt pas ou pas du tout satisfait, dans quel(s) domaine(s) voudriez vous que la prise en charge soit améliorée ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'information donnée | <input type="checkbox"/> L'écoute de vos plaintes. |
| <input type="checkbox"/> l'orientation vers d'autres intervenants (réseau, diététicienne, podologue, psychologue...) | |
| <input type="checkbox"/> La durée de la consultation | <input type="checkbox"/> autre. Précisez : |

16/ Pouvez-vous aborder facilement avec votre médecin vos problèmes liés au diabète ?

- Tout à fait Plutôt oui Pas vraiment Pas du tout

17/ Dans votre relation avec votre médecin concernant votre diabète, diriez-vous en général ?

- Le médecin décide et vous suivez les prescriptions
- Le médecin et vous décidez ensemble
- Le médecin vous conseille et vous décidez.

18 / Est-ce que ce type de relation vous convient ?

- Oui
- non
- je ne sais pas

19/ Qu'attendez vous principalement de votre médecin généraliste vis-à-vis de votre diabète ?

.....

.....

.....

.....

LE QUESTIONNAIRE EST TERMINE. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE.

MERCI DE VOS REPONSES

ANNEXE 2

Le RESODIAB 44

Pour nous contacter :

Espace Cœur Diabète

☎ 02 40 47 82 44

47 avenue de la Libération

☎ 02 40 89 44 77

44400 REZE

🌐 www.resodiab44.fr



✉ resodiab44@wanadoo.fr

Permanence du lundi au vendredi

9h00 12h30 – 14h00 17h30

ESPACE COEUR DIABETE

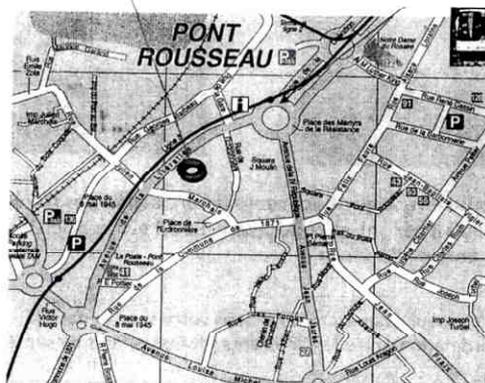


Gare SNCF train Pornic – Nantes

Terminus tramway Ligne 2

Station Pont Rousseau

Ligne 3 et 2



**RESEAU DE PRISE
EN CHARGE
DU DIABETE**

Une équipe pluridisciplinaire
autour du patient
acteur de sa santé

ARS
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

Vous souhaitez

- ✿ Etre plus actif dans le suivi de votre maladie
- ✿ Mieux vivre votre diabète
- ✿ Trouver des réponses à vos questions
- ✿ Organiser au mieux votre alimentation et votre traitement
- ✿ Echanger avec d'autres personnes diabétiques
- ✿ Trouver un soutien
- ✿ Reprendre ou renforcer une activité physique

Nous pouvons vous aider !

Il suffit de l'accord de votre médecin traitant



Équipe de coordination

de gauche à droite

Dr Brigitte ANTON-KUCHLY
diabétologue
Véronique GUILARD
secrétaire
Nasrine RAMTOULA
infirmière
Françoise SCHAEFFER
diététicienne

RESODIAB44 est une association de professionnels de santé
financée par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Nous vous proposons...

- ✿ Une écoute attentive
- ✿ Des séances collectives d'Education Thérapeutique dans tout le département, animées, selon les thèmes, par une diététicienne, une infirmière, un podologue, un médecin, un psychologue ...



- ✿ De la marche et de la gymnastique avec notre éducatrice sportive



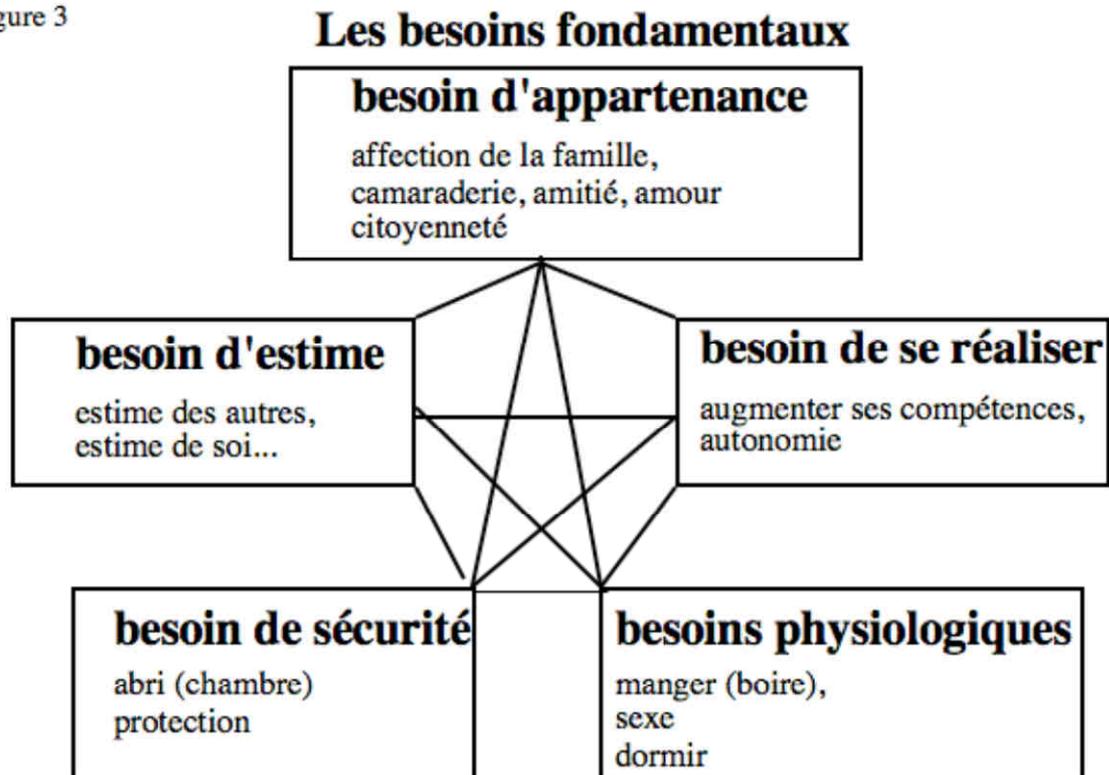
- ✿ La prise en charge de vos consultations auprès des diététiciens (jusqu'à 3 par an) et podologues (1 ou 2 par an selon le grade) partenaires du réseau
- ✿ Un classeur pour vous aider dans votre suivi et dans la coordination entre les différents professionnels de santé

ANNEXE 3

les besoins fondamentaux

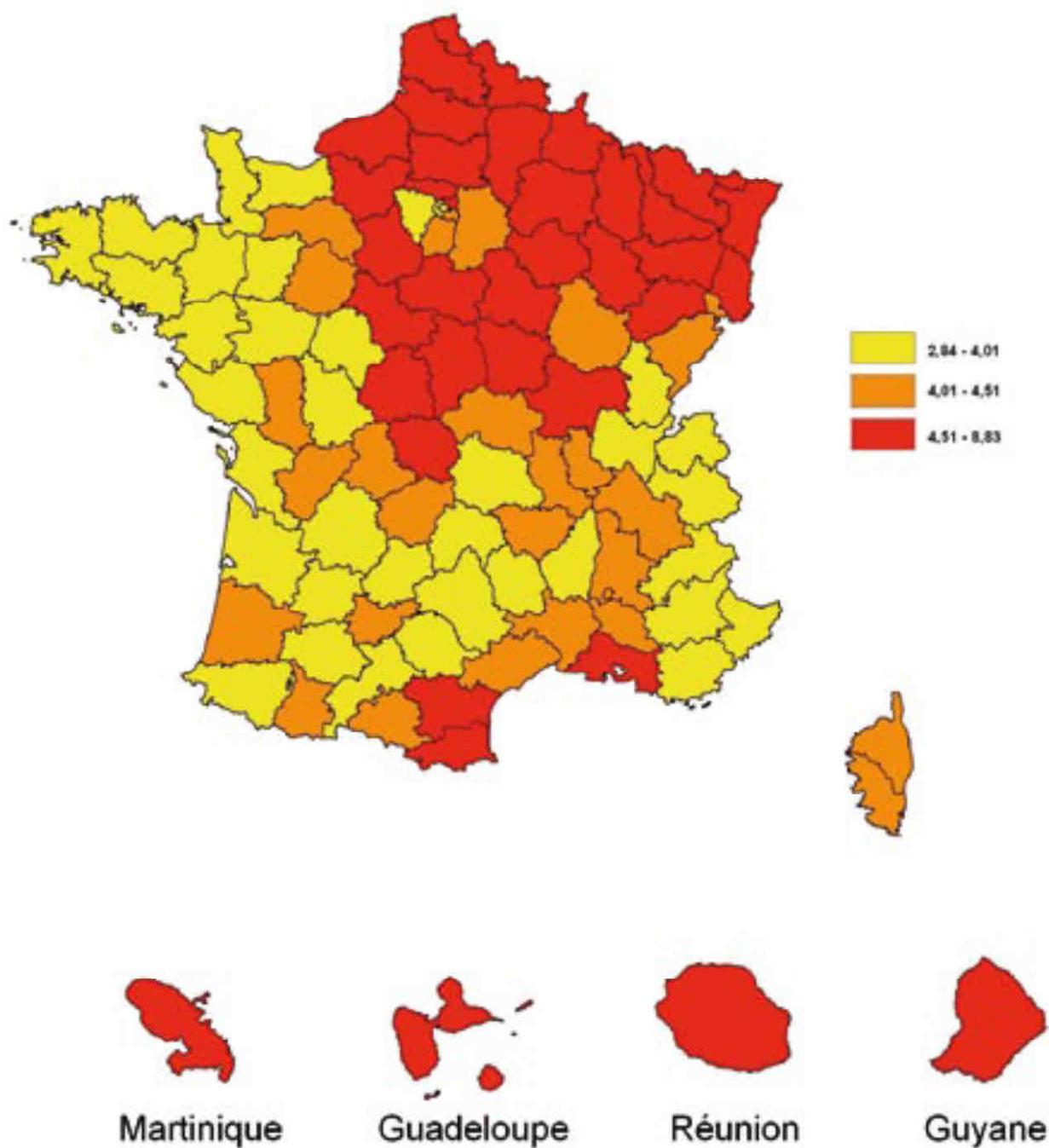
(extrait de « motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique »A.Golay,G.Lagger,A. Giordan)

Figure 3



ANNEXE 4

Taux standardisés de prévalence du diabète traité, par département, en 2009 (Régime général de l'assurance maladie, France)



ANNEXE 5

étude ENTRED 2007- 2010

Démarche éducative : Sources d'information et besoins des personnes diabétiques de type 2, pratiques et attentes des médecins. Cécile Fournier, Arnaud Gautier (Inpes), avec le groupe d'experts « démarche éducative » *Symposium Entred au Congrès de l'Alfediam, Strasbourg, le 20 mars 2009*

ENTRED 2007-2010 : démarche éducative



▪ **Objectifs :**

- ✓ Caractériser la démarche éducative reçue et proposée
- ✓ Etudier besoins des patients et médecins en information et éducation

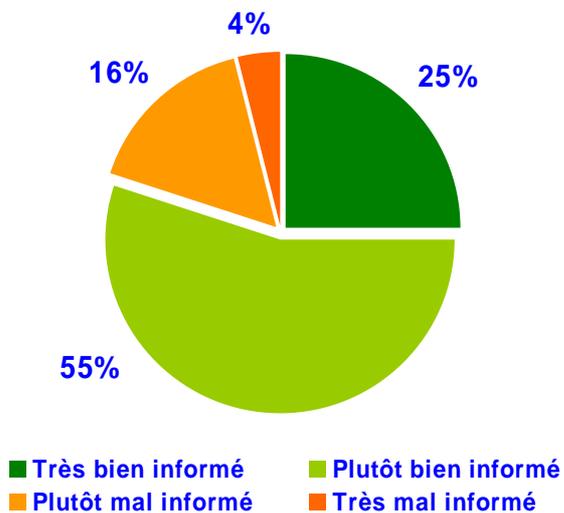
▪ **Sources de données :**

- ✓ Auto-questionnaire patient
- ✓ Auto-questionnaire médecin-soignant

▪ **Effectifs :**

- ✓ Questionnaire patients : 4 226
dont 3847 diabétiques de type 2 (DT2)
- ✓ Questionnaire médecins-soignant : 2 485
(2 232 partie démarche éducative)

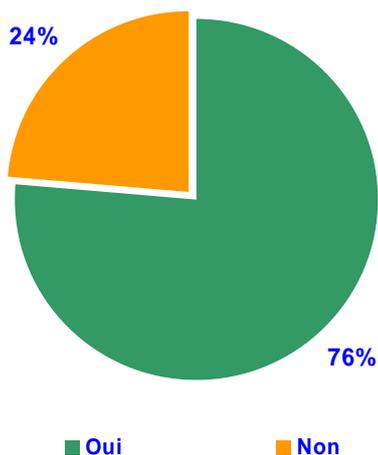
Patients DT2 : Avez-vous le sentiment d'être informé sur votre diabète... ? (n=3706)



Les patients se disent mieux informés quand :

- âge plus élevé
- diabète plus ancien
- traitement plus lourd
- suivi avec ≥ 3 HbA1C / an
- sont en ALD
- niveau d'études plus élevé
- situation financière plus confortable

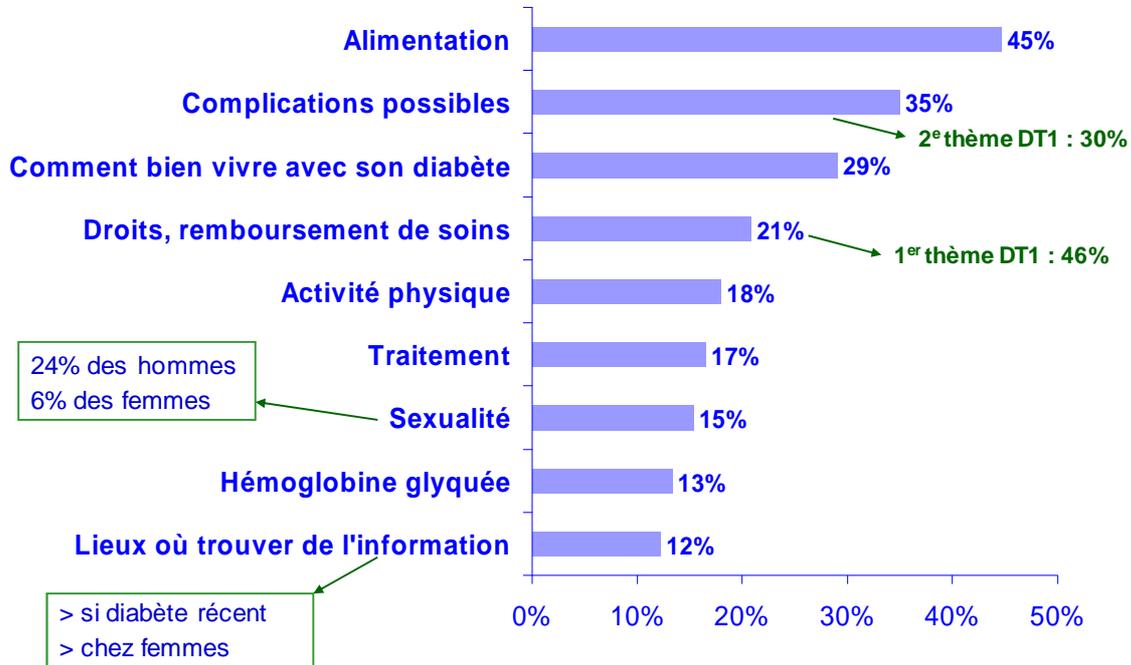
Patients DT2 : Souhait d'informations supplémentaires (n=3601)



Les patients souhaitent des informations supplémentaires quand :

- âge + jeune
- diabète récent
- niveau d'HbA1C plus élevé
- situation financière plus difficile
- sentiment d'être mal informés

Patients DT2 : Quels sont les principaux sujets liés au diabète à propos desquels vous souhaiteriez être plus informé (n=3601)

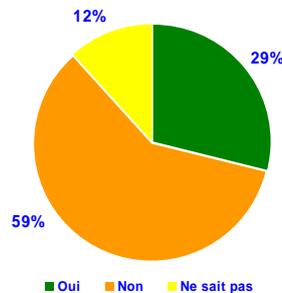


Patients DT2 : Sources d'information



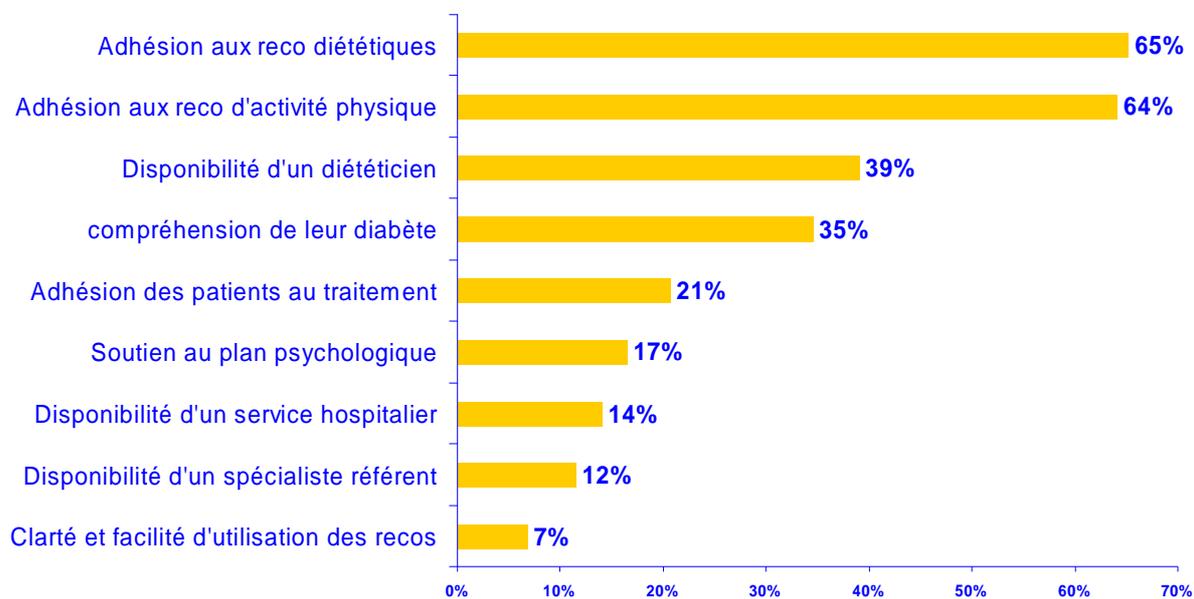
Qui vous a fourni de l'information en lien avec le diabète ? (n=3624)				
Médecin	Médias	Autre prof. santé	Entourage	Assoc. pat., réseau
83%	16%	13%	13%	2%
Vous êtes-vous de vous-même renseigné sur le diabète ? (n=3602)				
Non	Oui, livres	Oui, Internet	Oui, assoc. pat.	Oui, plate-forme tel.
46%	44%	9%	2%	0,2%

Votre médecin vous a-t-il remis le guide « ALD – la prise en charge de votre maladie, le diabète » ? (n=3621)





Médecins : Les situations suivantes posent-elles un problème « souvent » difficile à résoudre ? (n=2 084)



ANNEXE 6

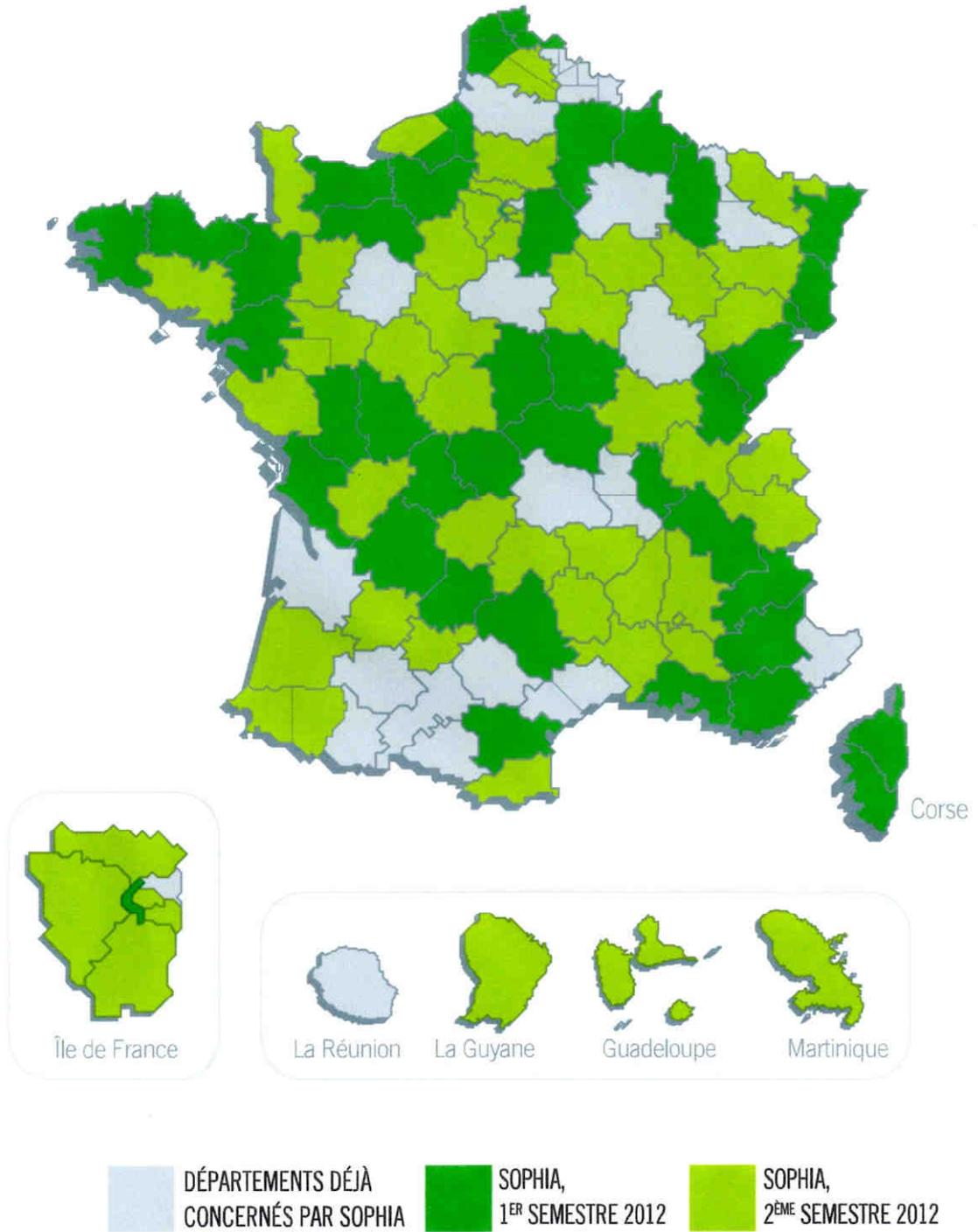
stratégie thérapeutique concernant la prise en charge du diabète de type 2 (HAS 2006)

Seuil de prescription	Stratégie thérapeutique	Objectif
HbA1c > 6 %	Etape 1 Mesures hygiéno-diététiques (MHD)	HbA1c < 6 %
<i>Si malgré étape 1</i> HbA1c > 6% (à la phase précoce du diabète) <i>Si malgré étape 1,</i> HbA1c > 6,5%	Etape 2 MONOTHERAPIE+MHD : Metformine voire IAG MONOTHERAPIE au choix + MHD Metformine ou IAG ou SU ou Glinides	maintenir l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 2,</i> HbA1c > 6.5 %	Etape 3 BITHERAPIE + MHD	ramener l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 3,</i> HbA1c > 7 %	Etape 4 TRITHERAPIE + MHD ou INSULINE ± ADO + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %
<i>Si malgré étape 4,</i> HbA1c > 8 %	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ↓ INSULINE ± ADO + MHD </div> <div style="text-align: center;"> ↓ INSULINE FRACTIONNEE + MHD </div> </div> <p style="text-align: center;"><i>Etape 5</i></p>	ramener l'HbA1c < 7 %

ADO = antidiabétiques oraux IAG = Inhibiteurs des alpha-glucosidases, SU = sulfamides hypoglycémiants, insuline + ADO = mise à l'insuline : intermédiaire ou lente le soir ; insuline fractionnée : > 1 injection / J soit 2 à 4 / J . MHD = mesures hygiéno-diététiques

ANNEXE 7

Répartition de la mise en place du plan « SOPHIA » sur le territoire français



ANNEXE 8

Courrier d'information type envoyé à chaque affilié de l'Assurance Maladie concernant la mise en place de « SOPHIA » en Loire- Atlantique



Page 3/3

assuré social
n° de Sécurité Sociale

Vivre avec le diabète, l'Assurance Maladie s'engage



Le saviez vous? Aujourd'hui, en France, plus de 3 millions de personnes sont atteintes de diabète. Pour les aider à mieux vivre avec leur maladie et limiter les risques de complications, l'Assurance Maladie a mis en place sophia, un service d'accompagnement personnalisé pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Simple, gratuit et confidentiel, ce service est d'abord proposé aux personnes diabétiques de 18 ans et plus bénéficiant d'une prise en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée.

Vous êtes concernés ? A partir d'avril 2012, l'Assurance Maladie vous contactera par courrier pour vous inviter à bénéficier du service.

**Si vous souhaitez en savoir plus sur le service sophia,
rendez-vous sur le site www.sophia-infoservice.fr.**

8822 v01.00.00



10919

NOM : GHAFIR

PRENOM : Naoile

Titre de thèse : Attentes, satisfaction et souhaits d'informations des patients diabétiques de type 2 de leur médecin généraliste : Etude auprès de 182 patients du RESODIAB44.

RESUME :

Le diabète de type 2 est un enjeu de santé publique avec un taux de croissance annuel de 5,7%. A l'époque de l'éducation thérapeutique où il devient nécessaire que le patient participe à sa prise en charge, l'étude réalisée a pour objectif de mettre en évidence les attentes des patients diabétiques de type 2, de leur médecin généraliste.

Elle a été réalisée auprès des patients du RESODIAB 44, par l'intermédiaire d'un questionnaire qui leur a été envoyé. 182 patients (24,6%) ont répondu au questionnaire. 58,1% des patients se sentent plutôt bien informés mais 70,4% souhaitent des informations supplémentaires. Les patients attendent principalement de leur médecin généralistes davantage d'informations sur l'alimentation, l'amélioration de la qualité de vie et les complications possibles. Les patients comprennent le manque de temps de leur médecin généraliste et souhaiteraient une meilleure orientation vers les autres professionnels de santé. Cela rejoint l'étude ENTRED qui préconise la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, en faisant notamment intervenir les réseaux de soins.

MOTS-CLES :

diabète de type 2, ENTRED, RESODIAB 44, alimentation, relation médecin- patient