

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 196

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Laëtitia LE ROLLAND- KOPILAS

Née le 12 août 1973 à Paimpol (22)

Présentée et soutenue publiquement le 5 Mars 2013

**QUELLE PLACE LES MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE
DONNENT-ILS A L'ENTOURAGE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIABETIQUES ADULTES
AUTONOMES DE TYPE 1 ET 2?**

Président : Monsieur le Professeur Michel KREMPF

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Michel KREMPF

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	5
ETAT DE LA QUESTION	6
1. Le diabète.....	6
1.1. Définition.....	6
1.2. Diagnostic.....	6
1.3. Complications.....	7
1.4. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge.....	8
1.5. Une maladie de plus en plus fréquente.....	8
2. La proximologie.....	9
2.1. Définition.....	9
2.2. Contexte d'émergence de cette discipline.....	9
2.3. Qui est l'entourage du patient ?.....	10
2.4. Apport de la proximologie dans la prise en charge du patient.....	11
2.5. Etudes de proximologie.....	11
2.6. L'étude REMEDE.....	12
METHODE	14
RESULTATS	16
1. Taux de réponse.....	16
2. Caractéristiques des médecins.....	16
2.1. Sexe.....	16
2.2. Age.....	17
2.3. Milieu d'exercice.....	18
2.4. Ancienneté d'installation.....	18
2.5. Nombre de patients vus par semaine.....	19
3. Réponses aux questions.....	20
3.1. Question 1- Prenez-vous en charge des patients diabétiques adultes autonomes ?.....	20
3.2. Question 2- Savez-vous si l'entourage des patients diabétiques connaît le diagnostic ?.....	21
3.3. Question 3- Savez-vous qui prépare les médicaments des patients, fait les courses, prépare les repas et prend les rendez-vous ?.....	22
3.4. Question 4- Les patients diabétiques viennent-ils accompagnés en consultation ?.....	23
3.5. Question 5- Donnez-vous la parole à l'accompagnant au cours de la consultation, sollicitez-vous son avis ?.....	23
3.6. Question 6- La présence de l'accompagnant facilite-t-elle la consultation ?.....	25

3.7. Question 7- Vous appuyez-vous sur la parole et le ressenti de l'accompagnant pour prendre une décision ou choisir une stratégie thérapeutique ?.....	26
3.8. Question 8- Confiez-vous un rôle à l'accompagnant ?.....	27
3.9. Question 9- Aimeriez-vous disposer d'outils pour vous aider dans la relation avec l'entourage des patients diabétiques ?.....	28
3.10. Question 10- Si oui, des outils de quel type ?.....	29
3.11. Question 11- Pensez-vous que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques soit un thème important à aborder en médecine générale ?.....	30
4. Profil de réponse général des médecins ayant déclaré toujours savoir qui prépare les médicaments, fait les courses, prépare les repas et prend les rendez-vous, par rapport aux autres médecins.....	32
DISCUSSION.....	37
1. Biais de l'étude.....	37
2. Constats.....	37
2.1. Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude.....	37
2.1.1. Sexe.....	37
2.1.2. Age et ancienneté d'installation.....	37
2.1.3. Milieu d'exercice.....	38
2.1.4. Nombre de patients vus par semaine en moyenne.....	38
2.1.5. Fréquence de prise en charge de patients diabétiques adultes autonomes.....	38
2.2. Intérêt des médecins généralistes pour l'entourage des patients diabétiques non négligeable, mais perfectible.....	39
2.2.1. Une minorité de médecins savait systématiquement comment le patient vit concrètement avec sa maladie au quotidien et comment l'entourage y est impliqué.....	39
2.2.2. Les patients diabétiques venaient rarement accompagnés en consultation.....	40
2.2.3. L'accompagnant était le plus souvent en retrait au cours de la consultation.....	40
2.2.4. La majorité des médecins généralistes souhaitait donner plus de place à l'entourage, conscients de l'importance de son impact dans la prise en charge...	42
3. Quelles pistes pour améliorer la situation ?.....	43
CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXE.....	49

INTRODUCTION

La prise en charge de patients diabétiques est une situation fréquente en Médecine Générale. Elle nécessite donc une connaissance parfaite de cette pathologie chronique et une qualité de soins optimale. Motivée par un travail de recherche en rapport avec cette pathologie, j'ai contacté l'équipe de médecins endocrinologues du CHU de Nantes pour avoir un avis sur le choix d'un thème pertinent. Le Professeur Krempf, chef du service d'endocrinologie, m'a parlé de proximologie. C'est une discipline qui envisage la présence et le rôle de l'entourage comme un des éléments déterminants de l'environnement du patient, donc de l'efficacité des soins et de sa prise en charge.¹ D'abord perplexe car c'était la première fois que j'entendais ce mot, j'ai rapidement pris conscience qu'accordant une importance capitale à l'approche biopsychosociale du patient, cela impliquait de prendre en compte son entourage, puisque ses relations avec le patient sont un élément déterminant dans son quotidien et donc dans sa façon de vivre avec sa maladie.

Tout médecin associe systématiquement maladie chronique et éducation thérapeutique, qui consiste finalement à « proposer au malade une aide pour avancer dans la voie de l'autonomie ».² Etudier l'impact de l'entourage reste par contre très rare actuellement.

Dès le début de ce projet de recherche, j'ai été particulièrement attentive lors des consultations en cabinet de Médecine Générale à ce que les patients disaient de leur situation familiale et des répercussions de celle-ci sur la prise en charge de leur diabète. J'ai retenu en particulier une situation qui m'a marquée : celle d'un homme de 40 ans, atteint d'un diabète de type 1, consultant dans le cadre du suivi de sa maladie. Il m'a expliqué avoir été hospitalisé à plusieurs reprises en Réanimation Médicale pour coma hypoglycémique. Il m'a déclaré savoir que son diabète était mal équilibré depuis des années et que cela était grave. Il a ajouté ne pas suivre de régime alimentaire adapté, manger souvent des plats préparés. Et il a précisé : « Comment faire autrement ? Je n'en ai pas envie, parce que je suis seul, vous comprenez. Mon frère a la même maladie que moi ; son diabète est bien équilibré, il fait attention ; mais il est marié et sa femme le soutient au quotidien. ». J'ai trouvé cette situation presque caricaturale quant à la mise en relief de l'impact de l'entourage sur la qualité de la prise en charge du patient diabétique.

Ayant choisi d'exercer la Médecine Générale en libéral, et consciente que le médecin généraliste est au premier plan dans la prise en charge de ces patients, j'ai vu de l'intérêt à centrer cette étude sur la perception des médecins généralistes de Loire-Atlantique de l'entourage des patients diabétiques qu'ils suivent. L'objectif était d'identifier la place qu'ils donnent à l'entourage pour tenter ensuite de proposer des moyens concrets pour améliorer la situation.

ETAT DE LA QUESTION

1. Le diabète

1.1. Définition

Le diabète sucré regroupe un ensemble de maladies qui ont en commun une **carence** absolue ou relative **en insuline**, entravant ainsi l'activité hypoglycémisante de cette hormone dont résultent l'hyperglycémie et les complications dégénératives.³

Le **diabète de type 2** est la forme la plus fréquente du diabète (plus de **92 %** des cas de diabète traité de l'adulte).⁴ Il est caractérisé par une résistance à l'insuline. Une insulino-pénie inconstante survient à un stade évolué de la maladie ; on parle alors de diabète insulino-requérant. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut également survenir à un âge plus jeune, voire même pendant l'adolescence. Il s'agit d'un problème de santé publique.⁵

Le **diabète de type 1** est beaucoup moins fréquent (environ **6 %** des cas de diabète traité de l'adulte).⁴ Il est la conséquence de la destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas par un mécanisme auto-immun.³ Il s'agit donc d'une maladie auto-immune. Contrairement à ce qui se passe dans le diabète de type 2, il est découvert précocement du fait de l'insulino-pénie précoce et de sa traduction clinique généralement évidente sous forme de syndrome cardinal ou, plus rarement, de céto-acidose diabétique. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les sujets jeunes et nécessite dès le début une insulinothérapie à vie.

Il existe d'**autres formes de diabète sucré** : diabètes secondaires à une pathologie pancréatique, hépatique, endocrinienne, génétique, ou d'origine iatrogène, et le diabète gestationnel.

1.2. Diagnostic

Le diagnostic du diabète de type 1 est souvent posé sur le syndrome cardinal ou une complication métabolique.

Le diagnostic du diabète de type 2 est souvent posé sur dépistage systématique ou évaluation du risque cardio-vasculaire (dont fait partie la recherche d'un diabète).

Deux glycémies veineuses, réalisées à jeun à quelques jours d'intervalle, supérieures à 1,26 g/l (7 mmol/l) permettent de documenter le diabète. En présence de symptômes (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexplicé, somnolence), une seule mesure est nécessaire.⁶

Aujourd'hui en France, 1 **personne diabétique sur 6 n'est pas diagnostiquée**.⁴

1.3. Complications

Le diabète déséquilibré peut engendrer à **court terme** des complications métaboliques, telles que la céto-acidose diabétique, le coma hyperosmolaire, l'hypoglycémie et l'acidose lactique.

Le diabète est une **maladie chronique**. Les complications chroniques représentent aujourd'hui les causes essentielles de morbidité et mortalité chez le patient diabétique. D'où l'importance capitale de l'équilibration parfaite du diabète.

On peut distinguer 3 grands groupes de mécanismes physiopathologiques :

- **la micro-angiopathie** : rétinopathie diabétique, néphropathie diabétique, neuropathie diabétique.
- **la macro-angiopathie** : athérosclérose (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, insuffisance coronaire, sténose de l'artère rénale).
Le risque de décès pour maladie cardiovasculaire est deux à trois fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non diabétiques. 50% des diabétiques meurent d'une maladie cardio-vasculaire (principalement cardiopathie et accident vasculaire cérébral).⁷
- **la susceptibilité aux infections**, liée à une baisse de l'immunité non spécifique (réponse inflammatoire) et de l'immunité cellulaire. Le diabète prédispose aux infections et les infections déséquilibrent le diabète.
Trois d'entre elles sont plus fréquentes : les infections cutanées, les infections dentaires et les infections uro-génitales.

Le diabète peut parfois retentir gravement sur la **qualité de vie** des personnes atteintes. Toutefois, il a été démontré qu'un bon contrôle de la maladie par une adaptation du mode de vie (alimentation, activité physique) et une bonne prise en charge médicale, peut permettre d'éviter ou de réduire considérablement les risques de complications.

Un dépistage précoce des complications du diabète peut également permettre de freiner leur progression lorsque le dépistage est suivi d'un traitement.

En France, l'étude Entred, réalisée entre 2007 et 2010, a montré que les complications du diabète sont encore parfois ignorées par le patient et l'équipe médicale.⁸

Cependant la prise en charge du diabète progresse beaucoup même si elle peut encore être améliorée.

1.4. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'éducation thérapeutique comporte l'**apprentissage** et l'**évaluation des connaissances** du patient diabétique : intelligibilité de soi et de sa maladie, maîtrise des gestes techniques d'autosurveillance et d'autotraitement, compétence d'autodiagnostic, d'autogestion d'une crise, d'autoadaptation de son cadre et de son mode de vie à la maladie, d'autoadaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultats des dépistages des complications, planification des prochains dépistages.

La reconnaissance des signes précoces d'hypoglycémie et d'acidocétose est une partie essentielle du programme d'éducation.⁹

La coordination des soignants, ainsi que la participation active et durable des patients sont indispensables à la qualité et l'efficacité de la prise en charge. De nombreuses initiatives se sont développées dans cette perspective, notamment les **réseaux diabète** ou encore le **programme Sophia**, implanté par l'assurance maladie dans un certain nombre de départements, qui offre aux patients le souhaitant un accompagnement personnalisé à distance.^{10, 11}

1.5. Une maladie de plus en plus fréquente

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé le nombre de personnes diabétiques dans le monde à 135 millions en 1995 et prévoit que cet effectif atteindra 299 millions en 2025.⁷ Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique sont des éléments favorisant le développement du diabète.

En France, la prévalence du diabète traité était estimée en 2011 à **4,6 %** de la population. La fréquence du diabète est en forte augmentation (+ 5,4 % par an).¹² La prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes de niveau socio-économique moins favorisé ainsi que chez les personnes originaires du Maghreb.¹³ De plus, la prévalence du diabète augmente davantage dans les départements économiquement les moins favorisés.¹⁴ Elle est plus élevée dans les départements et territoires d'outre-mer, ce qui serait lié à la fois à un risque génétique élevé, à des conditions socio-économiques défavorables et au passage d'un mode de vie « traditionnel » à un mode « occidental » qui favorise le développement du diabète, et à une fréquence élevée de l'obésité.¹⁵

Le diabète constitue la **3^e cause d'admission en affection de longue durée (ALD)** pour les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie.¹⁶ Dans le département de Loire-Atlantique, 30 239 personnes étaient en ALD pour diabète au 31/12/2011.¹⁷

Le diabète représente **12% du budget de la Sécurité sociale**, la moitié servant à soigner des **complications** dues pour la plupart aux difficultés à suivre le traitement.²

2. La proximologie

2.1. Définition

Le terme proximologie est un néologisme composé du préfixe ‘proximo’ du terme latin *proximus* signifiant «**proche**» et du suffixe ‘logie’ du mot grec ancien *logos*, signifiant «**discours, parole** » scientifique.¹⁸

La proximologie est un territoire de recherche et d’action, à la croisée de la médecine, de la sociologie, de la psychologie et de l’économie.¹⁹ Elle envisage la présence et le rôle de l’entourage comme des éléments déterminants de l’environnement du patient, donc de l’efficacité des soins et de sa prise en charge.

Cette démarche épistémologique est centrée sur la relation d’exception entre la personne malade ou dépendante et ses proches.

2.2. Contexte d’émergence de cette discipline

Depuis le XIX^e siècle s’est construite en France une représentation dominante en matière de santé et de soins. Elle passe par l’image de la **relation binaire** entre le malade et le médecin.¹⁹ Parallèlement, la solidarité familiale s’est trouvée progressivement effacée par l’apparition d’une protection sociale efficace.

La seconde moitié du XX^e siècle a vu se produire dans les pays développés un bouleversement profond du paysage épidémiologique engendré par la transformation du cours des maladies, le **développement des pathologies chroniques** et l’allongement de la durée de la vie humaine. La maladie chronique s’inscrivant dans la durée, elle est venue perturber les cadres et les règles de la vie individuelle et sociale.

Progressivement, ce sont les comportements quotidiens et les habitudes de vie qui ont été mis en cause dans la survenue de la maladie, qu’ils concernent les habitudes alimentaires et le suivi d’un régime, l’adoption d’une meilleure hygiène de vie, la prise régulière et répétée de médicaments, le contrôle récurrent de paramètres biologiques, l’auto-surveillance et la limitation d’activités, toutes choses qui impliquent nécessairement l’entourage.²⁰

Depuis quelques années, la prise de conscience du vieillissement des populations, l’augmentation de la prévalence de pathologies chroniques aussi graves que la maladie d’Alzheimer, ont comme conséquence de donner à la problématique du proche une dimension d’urgence. En effet, le constat de la limitation de l’intervention biomédicale face à la maladie chronique ou aux conséquences pathologiques du vieillissement s’impose peu à peu.²¹ Leur

prise en charge au long cours implique le recours à des soins, des structures et des techniques peu adaptés à notre système de santé, lui-même fondé sur une médecine d'urgence et des structures de court séjour.

Concernant une activité multiforme et hétérogène, profondément inscrite dans la vie de tous les jours et fréquemment dédiée aux femmes, le **rôle de l'entourage** auprès d'une personne malade **reste toujours difficile à définir avec précision**.¹⁹ Longtemps considérée comme systématiquement acquise et allant de soi, l'implication de l'entourage doit pouvoir être maintenant reconnue tant par les professionnels du soin que par les intervenants sociaux comme résultant d'une démarche volontaire et réfléchie et non plus comme assujettie à des exigences médicales largement définies en dehors du cadre familial. La reconnaissance effective d'un rôle pour l'entourage doit répondre à un certain nombre d'interrogations et de difficultés qui se posent au quotidien. Il s'agit de mieux penser les modes de coordination et de coopération entre les soins profanes et soins professionnels, de prendre du temps pour la **décision partagée**.

L'accompagnement est un **véritable engagement** qui implique des choix face à des questions difficiles, comme à supporter une pression quotidienne et un sentiment d'impuissance.²² Un engagement si fort qu'il génère aujourd'hui, dans les familles, d'innombrables bouleversements qui peuvent conduire à des conflits et des ruptures.

La redécouverte du proche et de son avatar, la personne de confiance, s'inscrit dans le droit fil de la **loi du 4 mars 2002**. Pour l'ancien ministre de la santé, Bernard Kouchner, « la proximologie s'inscrit dans la démarche qui nous a conduits à faire voter la loi sur les droits du malade. Dans les deux cas, il s'agit d'**élargir le champ des acteurs de santé** en plaçant le **patient au cœur de dispositif de soins** : ce faisant, est-il possible d'ignorer ceux qui sont « très près » ? Bien sûr que non. ».²³

On trouve dans la littérature sociologique et plus récemment médicale un intérêt croissant pour la **relation triangulaire complexe impliquant le médecin, le malade et son entourage** assumant aide et soutien.^{24, 25, 26, 27, 28}

2.3. Qui est l'entourage du patient?

L'entourage du patient est composé d'une pluralité de catégories de personnes auxquelles se réfère le législateur.

La **famille** est celle à laquelle il est fait référence le plus fréquemment dans le Code de la santé publique (126 références).²⁹

Toutefois, il est également fait mention des **proches** (46 références), du **conjoint** (Article R. 3219-2 du Code de la santé publique), de **parent** (Article R. 1111-6 du Code de la santé publique), de personne entretenant avec l'intéressé des **liens étroits et stables** (Article L. 1122-2 II du Code de la santé publique) ou encore de **tiers désignés par le patient** (Article R. 4127-332 du Code de la santé publique).

L'établissement d'un statut unitaire de l'entourage du patient requiert de préciser au préalable le champ des personnes qui en relèvent. La **condition de désignation par le patient** semble être un critère pertinent.

2.4. Apport de la proximologie dans la prise en charge du patient

Prendre le patient dans sa **globalité**, n'est-ce pas aussi inclure l'entourage, lequel influe sans conteste sur son moral, sa façon de vivre sa maladie, de se traiter ?¹⁹ En effet, l'entourage, impliqué dans la maladie au long cours de celui qu'il aime, va déployer une stratégie relationnelle qui vise avant tout à préserver le tissu composite de valeurs, de sentiments et d'estime qui les réunit, par-delà la vulnérabilité.

L'**information** du patient est essentielle. Elle a une véritable vertu thérapeutique. L'information doit répondre au besoin réel de la personne malade. Pour cela, il faut d'abord écouter et répondre au questionnement de la personne malade, questionnement qui varie souvent avec l'évolution de la maladie. Or, qui connaît mieux le patient que son entourage, qui peut mieux décrypter ses ambiguïtés, ses peurs, ses réticences ?

L'entourage est un rouage essentiel dans la **compréhension de la maladie** : vivant souvent quotidiennement avec le malade, il s'apercevra peut-être plus facilement des améliorations ou des détériorations de son état. Il surprendra plus d'un médecin par les solutions qu'il peut proposer aux divers problèmes quotidiens que les malades peuvent rencontrer. Ce soutien est prépondérant pour maintenir une qualité de vie acceptable, en améliorant le quotidien, et en aidant le malade à se soigner, à **accepter sa maladie pour mieux la combattre** et, en fin de compte, redonner sens et forme à un projet de vie.

Qu'en est-il des conditions et raisons mêmes de lutter contre la maladie si personne n'est à vos côtés pour vous confirmer et soutenir dans ce qui touche pour beaucoup à une mobilisation profonde, une volonté de s'en sortir ?

La proximologie aide donc à redécouvrir le rôle et accorder sa place à un acteur naturellement impliqué dans la maladie. Elle a pour ambition de mieux comprendre la condition du proche, notamment dans cette épreuve que constitue la maladie. Elle s'intéresse à la fois à la relation de soins ou d'aide à laquelle le proche participe et au retentissement de la pathologie de l'autre sur sa propre vie.

2.5. Etudes de proximologie

- Plusieurs études de proximologie ont été réalisées depuis 2002 dans **différentes pathologies** : la dialyse et la transplantation rénale (Etude CODIT), la maladie de Parkinson (Etude COMPAS), le cancer du sein (Etude FACE), la maladie d'Alzheimer (Etude PIXEL), les douleurs neuropathiques (Etude TRIDENT), l'épilepsie (Etude TRILOGIE).³⁰

Elles ont mis en évidence l'implication de l'entourage du patient dans sa prise en charge. Cette implication s'est traduite par la prise en charge d'**activités quotidiennes**, par le **partage des craintes et des angoisses**, par un **soutien psychologique**.

L'entourage a exprimé de fortes attentes en termes d'**information** touchant à la maladie comme aux modalités de prise en charge, ainsi que concernant l'actualité de la recherche sur la pathologie du patient. Quand les proches du malade avaient besoin de soutien, ils se tournaient vers la famille et le **médecin généraliste**. Celui-ci est identifié comme le **principal professionnel de santé** à même de prendre en charge la **souffrance psychologique**.

Les résultats de ces enquêtes permettent de mieux mesurer comment l'entourage peut être amené à s'impliquer plus directement dans la prise en charge à travers une **présence active en consultation** et un **échange de qualité avec l'ensemble des soignants**. Optimisée, la relation soignant-entourage peut alors constituer un véritable levier à l'efficacité des soins.

- **L'enquête IPSOS** réalisée en 2008 s'est intéressée au point de vue des professionnels de santé sur les proches et sur la relation médecin-aidant.³¹

Ces 1600 professionnels de santé (médecins généralistes, neurologues, rhumatologues, cardiologues, pharmaciens et paramédicaux) ont été interrogés sur leurs perceptions, leurs attentes et leurs comportements vis-à-vis de l'entourage de leurs patients.

2.6. L'étude REMEDE

C'est la seule étude à s'être intéressée à la place et au rôle de l'entourage de la personne malade dans le cadre de la **médecine générale**.³² Or, le médecin généraliste est **concerné en premier lieu par ce sujet**.

L'étude REMEDE (Relation MEDecin-Entourage) a été réalisée en 2003.

Elle avait pour **objectif** de décrire la **perception** par les médecins généralistes du rôle et de la place de l'entourage accompagnant le patient **en consultation**, et de confronter cette opinion aux données recueillies à partir de **situations cliniques** réelles (situations de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson, de dépression, d'épilepsie, d'asthme, d'insuffisance cardiaque et de diabète de type 2).

Les **résultats** peuvent être résumés de la façon suivante :

-Le **rôle de l'accompagnant** était majoritairement perçu comme **positif** et contributif à l'efficacité des soins.

-La **consultation accompagnée** était une situation **fréquente** : un patient sur trois en cabinet médical et une consultation sur deux au domicile. L'accompagnant avait presque toujours un

lien familial avec le patient (dans la plupart des cas, il s'agissait du conjoint ; ensuite des enfants).

-Les médecins attribuaient majoritairement un rôle positif à l'entourage pour le choix du maintien à domicile, l'aide au diagnostic par l'observation, l'observance des traitements, l'alerte en cas de besoin, l'évaluation de l'efficacité du traitement et le respect des règles hygiéno-diététiques.

Les problèmes d'**autonomie** du patient ne constituaient pas la seule raison, pour le médecin, de s'appuyer sur l'entourage. Lorsque les affections réclamaient des règles d'hygiène ou d'alimentation très strictes, mieux valait ainsi compter sur la **surveillance** des proches pour éviter des « écarts » potentiellement dangereux (diabète de type 2, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque) ; mais aussi pour apporter un **soutien psychologique** au malade.

-Parfois, les médecins avaient pourtant une **perception négative** du proche (1/6), le plus souvent en raison d'une **influence négative sur le vécu de la maladie** par le patient.

-Deux situations étaient considérées par les médecins comme particulièrement difficiles : l'annonce d'une mauvaise nouvelle concernant le patient, se retrouver face à une **démission** ou un **refus de s'impliquer** de la part de l'entourage.

-Les médecins pensaient répondre de façon globalement satisfaisante aux attentes de l'entourage concernant la maladie et son traitement, mais s'estimaient **peu compétents pour les questions administratives et sociales**.

-La majeure partie des accompagnants formulait des attentes portant sur la maladie, le choix du traitement, le pronostic, la prise en charge par les organismes sociaux, mais pouvaient aussi témoigner d'une demande de soutien moral auprès du médecin.

En **conclusion**, la très grande majorité des médecins témoignaient d'une attitude bienveillante vis-à-vis des accompagnants, même s'ils en attendaient parfois plus que les proches n'étaient capables de donner.

Cette étude indique que la relation médecin-patient-entourage mérite d'être étudiée très précisément, pathologie par pathologie.

METHODE

Cette étude descriptive d'opinion et de pratique a été réalisée auprès des médecins généralistes libéraux de Loire-Atlantique en 2012. Le critère d'inclusion principal était donc l'exercice de la médecine générale en libéral.

La liste des médecins généralistes en activité en Loire-Atlantique a été élaborée à partir du site internet de la Sécurité sociale, ameli.fr, dans la rubrique « recherche des professionnels de santé ». Cette liste est mise à jour au fur et à mesure des installations et des départs. En effet, la Sécurité sociale est nécessairement mise au courant des modifications d'activité pour valider les remboursements des patients.

Nous avons ainsi recensé 1209 médecins généralistes libéraux en Loire-Atlantique sur le site ameli.fr.

Les médecins ont ensuite été numérotés dans l'ordre d'apparition sur ameli.fr et se sont vus attribuer un numéro de 1 à 1209.

L'échantillon devait représenter 10% de l'effectif des médecins généralistes libéraux en Loire-Atlantique, afin d'être significatif, soit 120 médecins minimum.

Nous avons sélectionné au hasard 500 médecins dans la liste à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires.³³

Les médecins tirés au sort n'exerçant pas une activité de médecine générale ont ensuite été écartés, soit 42 médecins ayant un mode d'exercice particulier exclusif : acupuncture, algologie, allergologie, angiologie, échographie, expertise, homéopathie, nutrition, psychothérapie, phlébologie, sexothérapie, urgences, urologie. Ceci n'était pas mentionné sur le site de la Sécurité sociale, nous l'avons su en téléphonant dans les différents cabinets.

Nous avons envoyé 399 questionnaires par courrier électronique (questionnaires en ligne) après avoir eu par téléphone les adresses électroniques des médecins tirés au sort.

Nous avons envoyé 48 questionnaires par courrier pour les médecins tirés au sort n'ayant pas d'adresse électronique (avec une enveloppe de retour timbrée).

Onze médecins ont refusé de participer à l'étude. Les raisons invoquées étaient le fait d'être débordé de travail (n=9), le fait de ne pas être intéressé par le sujet (n=2).

Le recueil des données a été réalisé de septembre à novembre 2012. Les questionnaires reçus après le 30 novembre 2012 n'ont pas été pris en compte.

L'autoquestionnaire comportait 16 items déclaratifs (cf Annexe). La plupart des réponses devaient être cochées. Pour 5 questions, la possibilité de choisir comme réponse « autre » et de préciser un commentaire libre était proposée (questions 5 à 8 et 10). Le questionnaire comportait une question ouverte (question 11).

Les items étaient les suivants :

1. Prenez-vous en charge des patients diabétiques adultes autonomes ?
2. Savez-vous si l'entourage des patients diabétiques connaît le diagnostic ?
3. Savez-vous qui prépare les médicaments des patients, qui fait les courses, prépare les repas et prend les rendez-vous ?
4. Les patients diabétiques viennent-ils accompagnés en consultation ?
5. Donnez-vous la parole à l'accompagnant au cours de la consultation, sollicitez-vous son avis ?
6. La présence de l'accompagnant facilite-t-elle la consultation ?
7. Vous appuyez-vous sur la parole et le ressenti de l'accompagnant pour prendre une décision ou choisir une stratégie thérapeutique ?
8. Confiez-vous un rôle à l'accompagnant ?
9. Aimerez-vous disposer d'outils pour vous aider dans la relation avec l'entourage des patients diabétiques ?
10. Si oui, des outils de quel type? (10 propositions)
11. Pensez-vous que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques est un thème important à aborder en Médecine Générale ?
12. Sexe
13. Age
14. Milieu d'exercice
15. Ancienneté d'installation
16. Nombre de patients vus par semaine en moyenne

RESULTATS

1. Taux de réponse

- Cent quarante et un médecins sur 447 ont répondu au questionnaire de septembre à novembre 2012.

Deux médecins ont déclaré ne jamais prendre en charge de patients diabétiques adultes autonomes (Question 1). Ils ont été exclus des résultats.

L'échantillon était donc de **139** médecins ; soit un taux de réponse de **31.1%** (139/447).

Cent vingt médecins sur 399 ont répondu au questionnaire en ligne, soit 30.1% ; 19 médecins sur 48 ont répondu au questionnaire par courrier, soit 39.6%.

- Une étude statistique a été réalisée en utilisant le test de Chi- Deux (avec la correction de Yates), ou le test de Fisher quand l'effectif attendu était inférieur à 5. Le seuil utilisé pour conclure sur la significativité d'un résultat était toujours 0.05 ($p < 0.05$).

2. Caractéristiques des médecins

2.1. Sexe

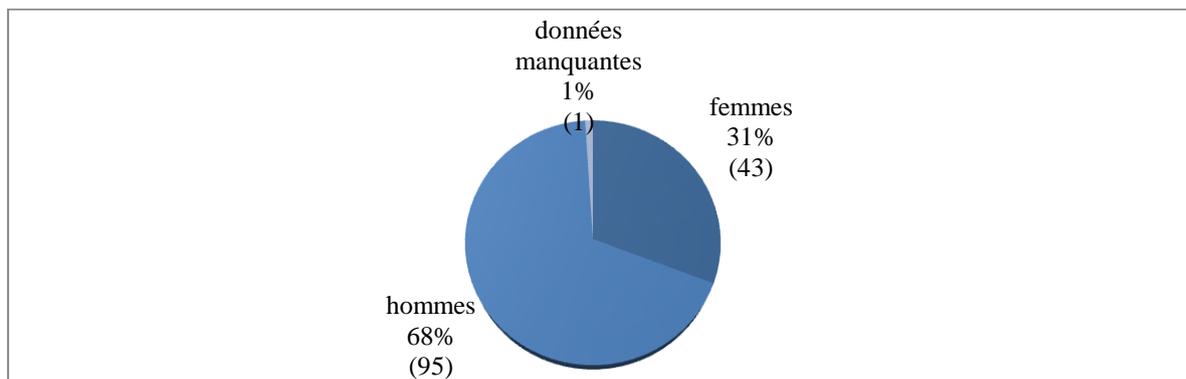


Figure 1 : Répartition des médecins selon le sexe

2.2. Age

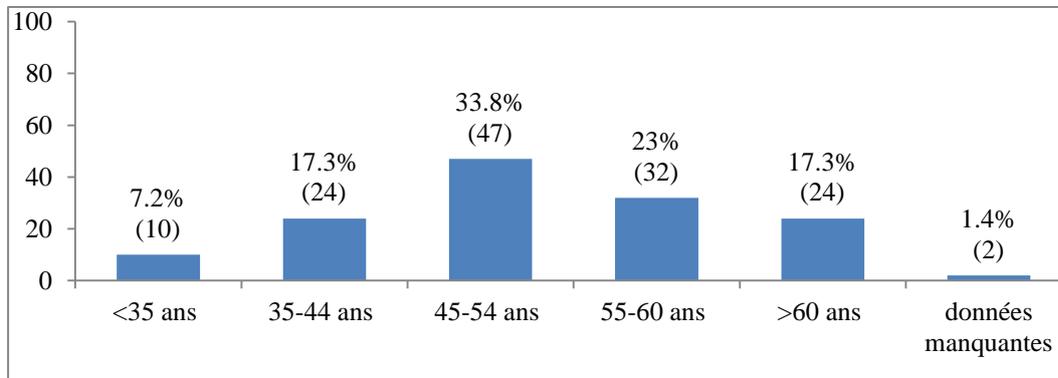


Figure 2 : Répartition des médecins selon l'âge

- **Age moyen, âge médian**

-L'âge moyen était 51 ans. Les femmes avaient un âge moyen de 47 ans, les hommes de 53 ans.

-L'âge médian était 53 ans. Les femmes avaient un âge médian de 48 ans, les hommes de 55 ans.

- **Comparaison selon le sexe**

Les 2 données manquantes concernaient des médecins hommes.

-13.9% des femmes avaient moins de 35 ans (6/43), contre 4.3% des hommes (4/93) ; $p=0.0723$.

-25.6% des femmes avaient entre 35 et 44 ans (11/43), contre 12.9% des hommes (12/93) ; $p=0.1122$.

-41.9% des femmes avaient entre 45 et 54 ans (18/43), contre 31.2% des hommes (29/93). $p=0.3060$.

-16.3% des femmes avaient entre 55 et 60 ans (7/43), contre 26.9% des hommes (25/93). $p=0.2551$.

-2.3% des femmes avaient plus de 60 ans (1/43), contre 24.7% des hommes (23/93). $p=0.0032$: la différence était **significative** entre les 2 groupes pour cette tranche d'âge.

2.3. Milieu d'exercice

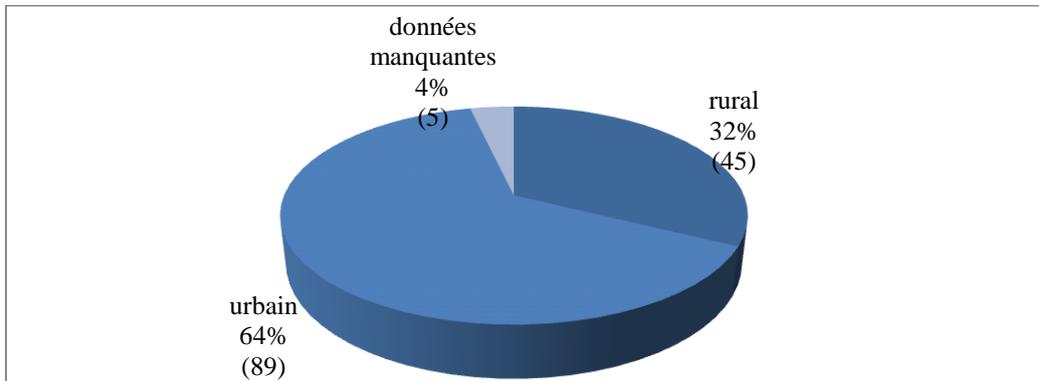


Figure 3 : Répartition des médecins selon le milieu d'exercice

Les 5 données manquantes concernaient 3 femmes et 2 hommes.

32.5% des femmes disaient exercer en milieu rural (13/40) et 67.5% en milieu urbain (27/40), contre 33.3% des hommes en milieu rural (31/93) et 66.7% en milieu urbain (62/93). $p=0.9145$. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes.

2.4. Ancienneté d'installation

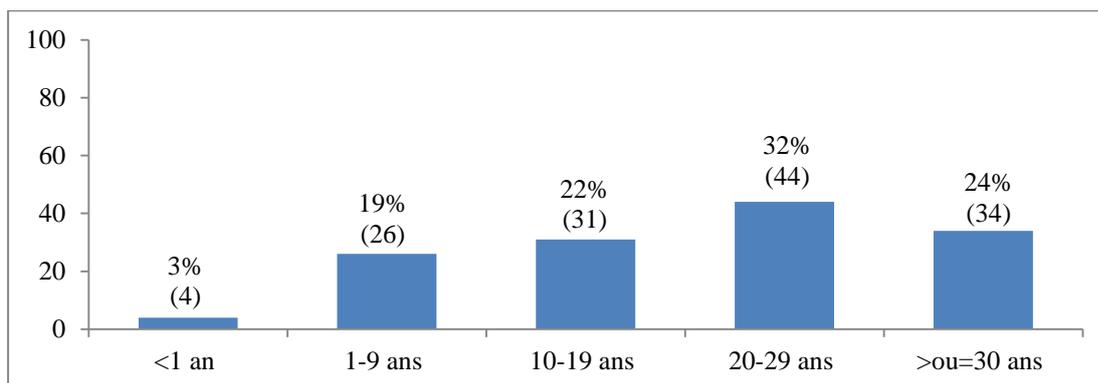


Figure 4 : Répartition des médecins selon l'ancienneté d'installation

- Moyenne, médiane

-L'installation la plus ancienne datait de 42 ans et la plus récente de 2 mois.

-L'ancienneté d'installation moyenne était 20 ans, 13 ans pour les femmes et 23 ans pour les hommes.

-L'ancienneté d'installation médiane était 22 ans, 11 ans pour les femmes et 25 ans pour les hommes.

- **Comparaison selon le sexe**

-2.3% des femmes étaient installées depuis moins d'un an (1/43), contre 3.2% des hommes (3/95) ; $p=1$.

-37.2% des femmes étaient installées depuis 1 à 9 ans (16/43), contre 10.5% des hommes (10/95) ; $p= 0.0005$: la différence entre les 2 groupes était **significative**.

-27.9% des femmes étaient installées depuis 10 à 19 ans (12/43), contre 20% des hommes (19/95) ; $p=0.4175$.

-27.9% des femmes étaient installées depuis 20 à 29 ans (12/43), contre 33.7% des hommes (32/95) ; $p=0.6331$.

-4.6% des femmes étaient installées depuis 30 ans ou plus (2/43), contre 33.7% des hommes (32/95) ; $p=0.0005$: la différence entre les 2 groupes était **significative**.

2.5. **Nombre de patients vus par semaine (toutes pathologies confondues)**

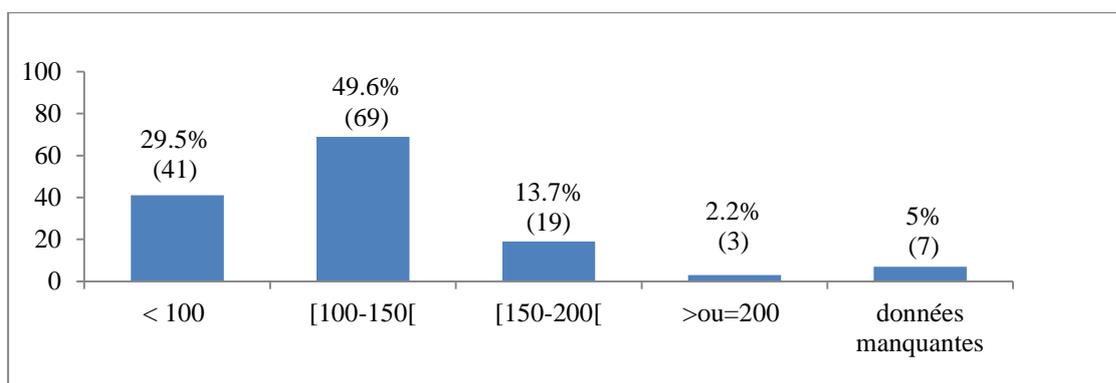


Figure 5 : Nombre de patients vus par semaine

Les 7 données manquantes concernaient 4 femmes et 3 hommes.

- **Moyenne, médiane**

-La moyenne était de 112 patients par semaine, 101 patients pour les femmes et 117 patients pour les hommes.

-La médiane était de 110 patients par semaine, 100 patients pour les femmes et 120 patients pour les hommes.

- **Comparaison selon le sexe**

-48.7% des femmes déclaraient voir un nombre inférieur à 100 patients par semaine (19/39), contre 22.8% des hommes (21/92) ; $p=0.0062$: la différence était **significative**.

-46.1% des femmes déclaraient voir entre 100 et 149 patients par semaine (18/39), contre 55.4% hommes (51/92) ; $p=0.4345$.

-2.6% des femmes disaient voir entre 150 et 199 patients par semaine (1/39), contre 19.6% des hommes (18/92) ; $p=0.0241$: la différence était **significative**.

- 2.6% des femmes déclaraient voir 200 patients et plus par semaine (1/39), contre 2.2% des hommes (2/92) ; $p=1$.

3. Réponses aux questions

3.1. Question 1- Prenez-vous en charge des patients diabétiques adultes autonomes ?

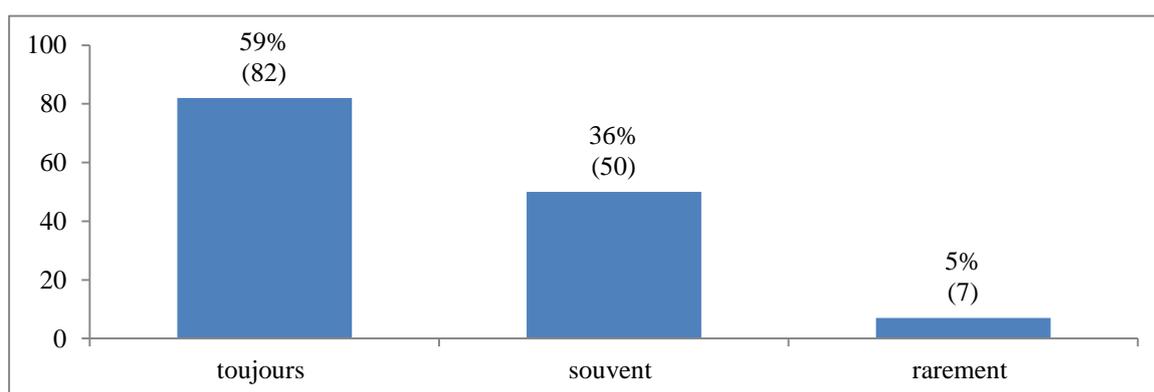


Figure 6 : Fréquence de prise en charge de patients diabétiques adultes autonomes par les médecins généralistes

-46.5% des femmes disaient **toujours** prendre en charge des patients diabétiques (20/43), contre 64.2% des hommes (61/95) ; $p=0.0768$.

-46.5% des femmes déclaraient **souvent** prendre en charge les patients diabétiques (20/43), contre 31.6% des hommes (30/95) ; $p=0.1338$.

-7% des femmes disaient **rarement** prendre en charge les patients diabétiques (3/43), contre 4.2% des hommes (4/95) ; $p=0.6770$.

Ces résultats n'étaient pas significativement différents.

3.2. Question 2- Savez-vous si l'entourage des patients diabétiques connaît le diagnostic?

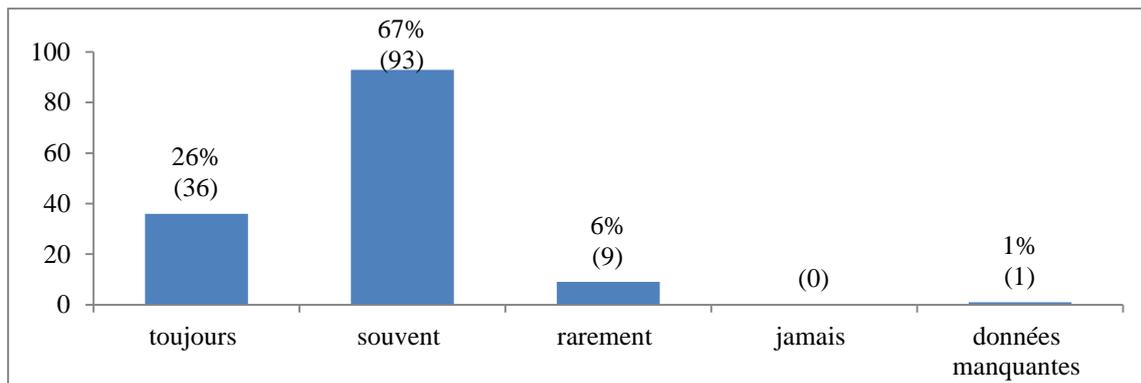


Figure 7

La donnée manquante concernait un homme.

-18.6% des femmes déclaraient **toujours** savoir si l'entourage connaissait le diagnostic (8/43), contre 29.8% des hommes (28/94) ; $p= 0.2416$.

-67.4% des femmes disaient **souvent** le savoir (29/43), contre 67% des hommes (63/94) ; $p=0.8828$.

-13.9% des femmes répondaient **rarement** le savoir (6/43), contre 3.2% des hommes (3/94) ; $p=0.0271$: la différence était **significative**.

3.3. Question 3- Savez-vous qui prépare les médicaments des patients, qui fait les courses, prépare les repas et prend les rendez-vous?

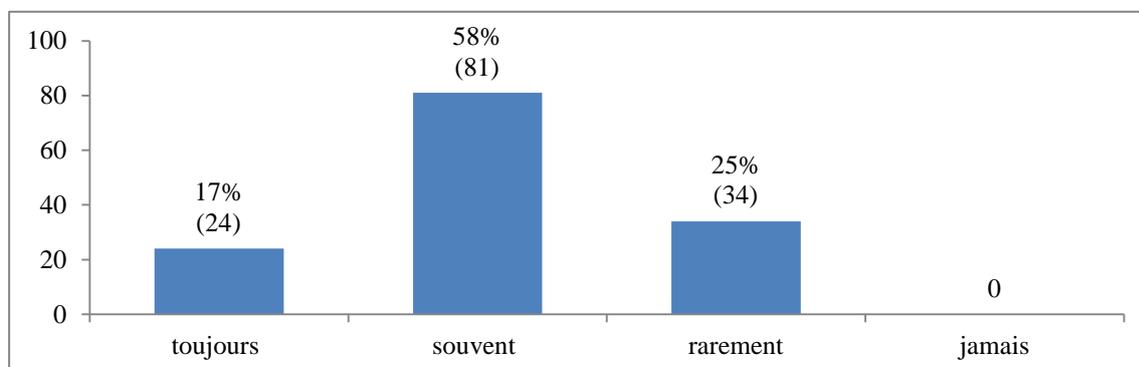


Figure 8

-9.3% des femmes répondaient **toujours** savoir qui préparait les médicaments, les repas, qui faisait les courses et prenait les rendez-vous (4/43), contre 21% des hommes (20/95) ; $p=0.1486$.

-65.1% des femmes disaient **souvent** le savoir (28/43), contre 54.7% des hommes (52/95) ; $p=0.3381$.

-25.6% des femmes déclaraient **rarement** le savoir (11/43), contre 24.2% des hommes (23/95) ; $p=0.9679$.

Il n'y avait pas de différence significative entre médecins hommes et femmes dans les réponses à cette question.

3.4. Question 4- Les patients diabétiques viennent-ils accompagnés en consultation ?

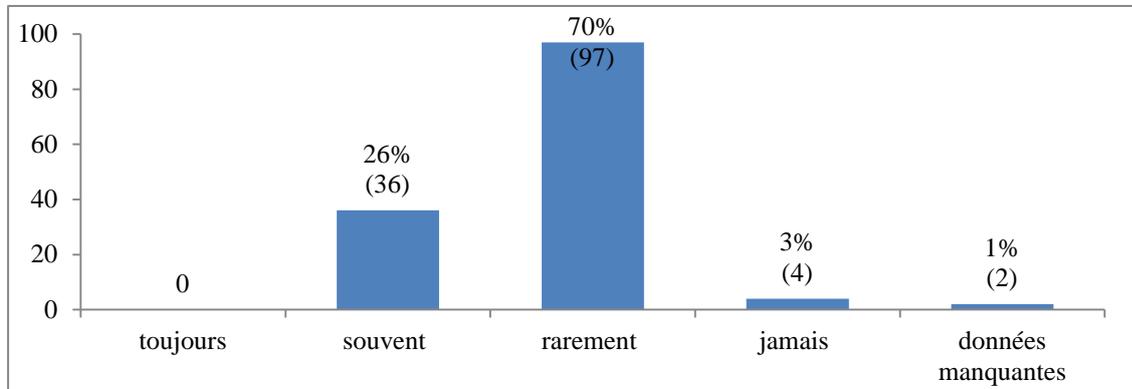


Figure 9

Les 2 données manquantes concernaient 1 femme et 1 homme.

-16.7% des femmes déclaraient que les patients venaient **souvent** accompagnés en consultation (7/42), contre 30.8% des hommes (29/94) ; $p=0.1280$.

-80.9% des femmes disaient que les patients venaient **rarement** accompagnés en consultation (34/42), contre 66% des hommes (62/94) ; $p=0.1165$.

-2.4% des femmes déclaraient que les patients ne venaient **jamais** accompagnés (1/42), contre 3.2% des hommes (3/94) ; $p=1$.

Les réponses des médecins hommes et femmes n'étaient pas significativement différentes.

3.5. Question 5- Donnez-vous la parole à l'accompagnant au cours de la consultation, sollicitez-vous son avis ?

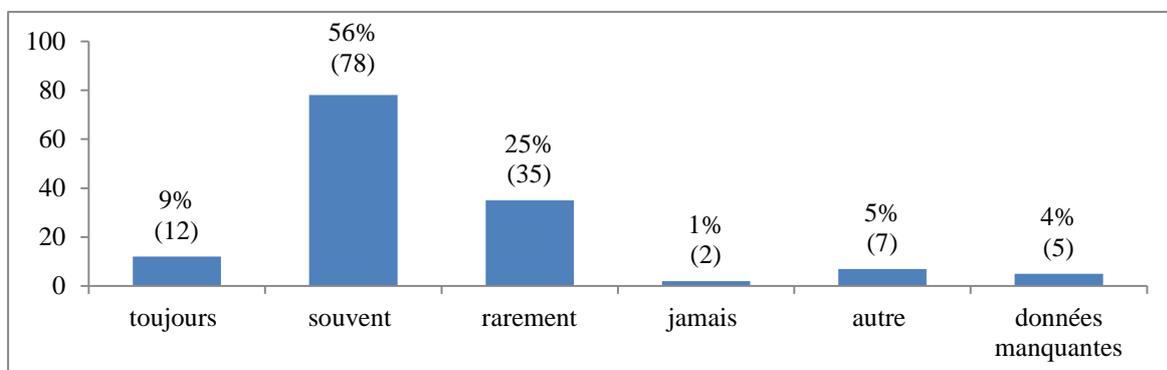


Figure 10

Les 5 données manquantes concernaient 1 femme et 4 hommes.

- **Les médecins ayant répondu « autre » citaient les items suivants :**

-« Souvent ou rarement » (cité 1 fois)

-« Si le patient parle mal le français. » (cité 1 fois)

-« Si l'accompagnant est présent, oui. » (cité 1 fois)

-« L'accompagnant s'exprime souvent en cas de désaccord avec les réponses du patient. » (cité 1 fois)

-« Uniquement si l'accompagnant gère les repas et que le diabète est déséquilibré. » (cité 1 fois)

-« L'accompagnant prend souvent spontanément la parole. » (cité 1 fois)

-« En fonction de la consultation. » (cité 1 fois)

- **Comparaison selon le sexe**

-7.1% des femmes répondaient **toujours** donner la parole à l'accompagnant (3/42), contre 9.9% des hommes (9/91) ; $p=0.7520$.

-47.6% des femmes déclaraient lui donner **souvent** la parole (20/42), contre 63.7% des hommes (58/91) ; $p=0.1175$.

-28.6% des femmes disaient **rarement** lui donner la parole (12/42), contre 24.2% des hommes (22/91) ; $p=0.7441$.

-4.8% des femmes disaient ne **jamais** donner la parole à l'accompagnant (2/42), contre aucun homme (0/91) ; $p=0.0980$.

-11.9% des femmes donnaient une **autre** réponse (5/42), contre 2.2% des hommes (2/91) ; $p=0.0320$: la différence était **significative**.

3.6. Question 6- La présence de l'accompagnant facilite-t-elle la consultation?

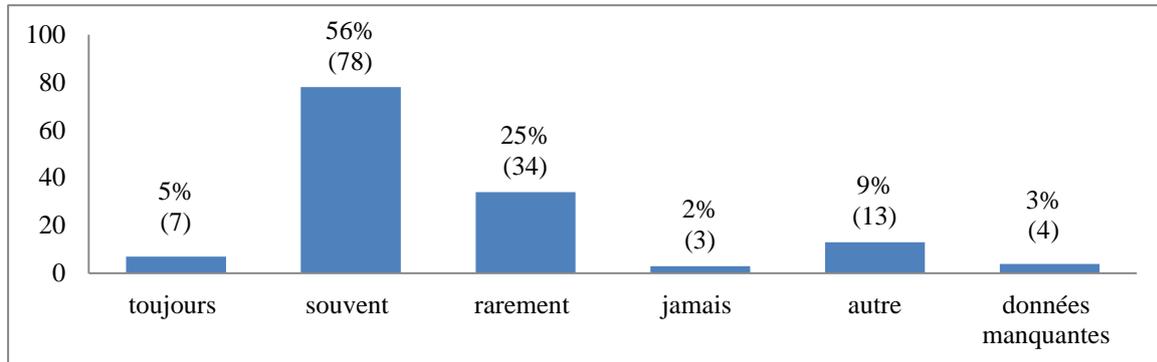


Figure 11

Les 4 données manquantes concernaient 2 femmes et 2 hommes.

- **Les médecins qui ont répondu « autre » ont cité les items suivants :**

-« Parfois » : 84.6% (item cité 11 fois)

-« Oui, si le patient parle mal le français. » : 7.9% (cité 1 fois)

-« Si le patient est autonome, non, sinon oui. » : 7.9% (cité 1fois)

- **Comparaison des réponses des femmes par rapport à celles des hommes**

-4.9% des femmes déclaraient que la présence de l'accompagnant facilitait **toujours** la consultation (2/41), contre 5.4% des hommes (5/93) ; p=1.

-48.8% des femmes disaient que sa présence facilitait **souvent** la consultation (20/41), contre 62.4% des hommes (58/93) ; p=0.2008.

-26.8% des femmes disaient que sa présence facilitait **rarement** la consultation (11/41), contre 23.7% des hommes (22/93) ; p=0.8608.

-2.4% des femmes répondaient que sa présence ne facilitait **jamais** la consultation (1/41), contre 2.1% des hommes (2/93) ; p=1.

-17.1% des femmes donnaient une **autre** réponse (7/41), contre 6.4% des hommes (6/93) ; p=0.1086.

Les réponses des médecins hommes à cette question ne différaient pas de façon significative de celles des médecins femmes.

3.7. Question 7- Vous appuyez-vous sur la parole et le ressenti de l'accompagnant pour prendre une décision ou choisir une stratégie thérapeutique?

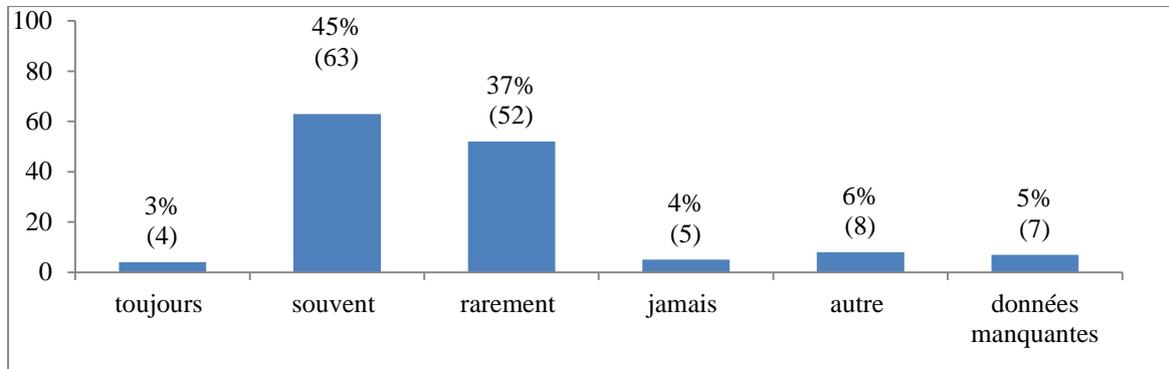


Figure 12

Les 7 données manquantes concernaient 2 femmes et 5 hommes.

- **Les médecins ayant répondu « autre » citaient les items suivants :**

-« Parfois » (cité 3 fois)

-« Comme le plus souvent le patient est dépendant, donc oui toujours. » (cité 1 fois)

-« Oui, si l'accompagnant gère les repas. » (cité 1 fois)

-« Cela dépend du contexte. » (cité 1 fois)

-« Oui, mais pas en priorité. » (cité 1 fois)

-« Si besoin. » (cité 1 fois)

- **Comparaison selon le sexe**

-2.4% des femmes disaient **toujours** s'appuyer sur la parole et le ressenti de l'accompagnant (1/41), contre 3.3% des hommes (3/90) ; p=1.

-39% des femmes déclaraient s'appuyer **souvent** sur leur parole et ressenti (16/41), contre 52.2% des hommes (47/90) ; p=0.2249.

-41.5% des femmes disaient **rarement** s'appuyer sur leur parole et ressenti (17/41), contre 37.8% des hommes (34/90) ; p=0.8352.

-7.3% des femmes répondaient ne **jamais** s'appuyer sur la parole et le ressenti de

l'accompagnant (3/41), contre 2.2% des hommes (2/90) ; $p=0.1766$.

-9.8% des femmes donnaient une **autre** réponse (4/41), contre 4.4% des hommes (4/90) ; $p=0.2569$.

Les réponses à cette question ne différaient pas de façon significative selon le sexe.

3.8. Question 8- Confiez-vous un rôle à l'accompagnant?

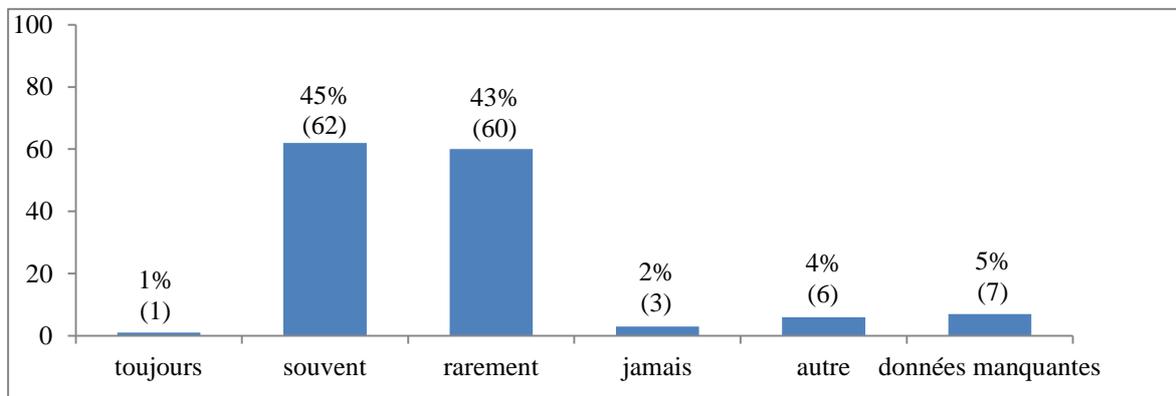


Figure 13

Les 7 données manquantes concernaient 2 femmes et 5 hommes.

- **Les médecins ayant répondu « autre » citaient les items suivants :**

- « Si l'accompagnant est celui qui prépare les repas » : 50% (cité 3 fois)

-« Parfois » :16.7% (cité 1 fois)

-« Oui, si le patient parle mal français. » :16.7% (cité 1 fois)

-« Si besoin. » : 16.7% (cité 1 fois)

- **Comparaison selon le sexe :**

-Aucune femme ne disait **toujours** confier un rôle à l'accompagnant (0/41), contre 1.1% des hommes (1/90) ; $p=1$.

-46.3% des femmes déclaraient **souvent** confier un rôle à l'accompagnant (19/41), contre 47.8% des hommes (43/90) ; $p=0.9712$.

-43.9% des femmes répondaient **rarement** lui confier un rôle (18/41), contre 45.6% des hommes (41/90) ; $p=0.9896$.

-2.4% des femmes disaient ne **jamais** confier de rôle à l'accompagnant (1/41), contre 2.2% des hommes (2/90) ; $p=1$.

-7.3% des femmes choisissaient une **autre** réponse (3/41), contre 3.3% des hommes (3/90) ; $p=0.3764$.

Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses selon le sexe.

3.9. Question 9- Aimeriez-vous disposer d'outils pour vous aider dans la relation avec l'entourage des patients diabétiques?

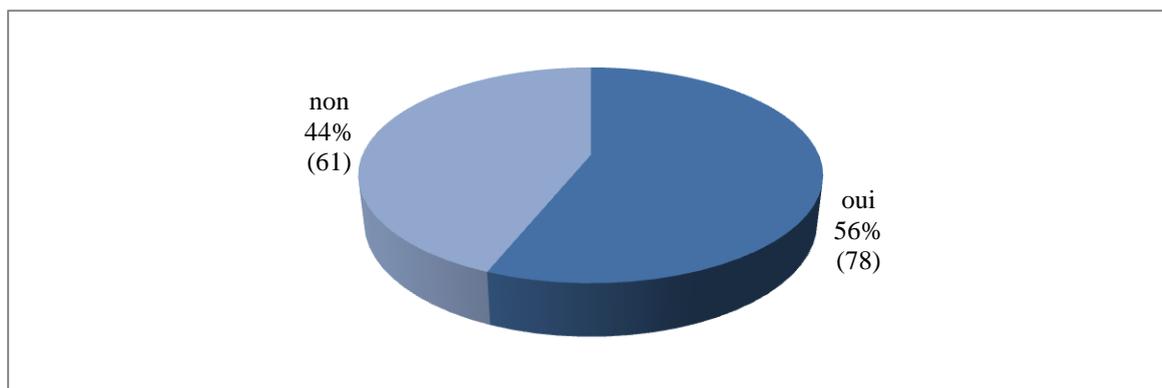


Figure 14

60.5% des femmes déclaraient souhaiter disposer d'outils (26/43), contre 53.7% des hommes (51/95) ; $p=0.5769$: il n'y avait pas de différence significative.

3.10. Question 10- Si oui, des outils de quel type ?

Type d'outils	N =178 n (%)
N°1) Formations vers lesquelles orienter l'entourage afin de les aider à mieux prendre en charge le patient	31(17.4%)
N°2) Référentiels de bonnes pratiques vis-à-vis de l'entourage	31(17.4%)
N°3) Outils présentant des informations pratiques pouvant servir à l'entourage sur des questions non médicales (administratives, droits, aides financières,...)	23(12.9%)
N°4) Services aidant les médecins à motiver l'entourage à s'impliquer dans la prise en charge du patient	21(11.9%)
N°5) Outils d'aide aux relations avec l'entourage : grilles d'évaluation de la qualité de vie des aidants, de leur niveau d'implication	17 (9.5%)
N°6) Outils permettant de constituer un réseau pluridisciplinaire avec d'autres professionnels de santé	15 (8.4%)
N°7) Autre	12(6.7%)
N°8) Formation médicale continue visant à mieux prendre en charge l'entourage dans le traitement, les soins et au niveau psychologique	11(6.3%)
N°9) Occasions d'échanges avec d'autres professionnels de santé sur la prise en compte de l'entourage dans les soins	10 (5.6%)
N°10) Informations chiffrées et factuelles sur les attentes et besoins des proches	7 (3.9%)

Tableau I : Outils choisis par les médecins pour les aider dans la relation avec l'entourage des patients diabétiques (plusieurs choix possibles)

- **La proposition « autre » a été choisie 12 fois (6.7%)**

-Réseau diabète : cité 1 fois

-Formation en diététique : cité 1 fois

-Les 10 autres réponses n'étaient pas développées.

- **Comparaison hommes-femmes**

-Parmi les choix des femmes, 15.4% (10/65) se portaient sur l'outil n°1, contre 18.6% pour les hommes (21/113) ; p=0.7363.

-12.3% des choix des femmes (8/65) se portaient sur l'outil n°2, contre 20.3% de ceux

des hommes (23/113) ; p=0.2470.

-12.3% des choix des femmes se portaient sur l'outil n°3 (8/65), contre 13.3% de ceux des hommes (15/113) ; p=0.9625.

-12.3% des choix réalisés par les femmes se portaient sur l'outil n°4 (8/65), contre 11.5% de ceux des hommes (13/113) ; p=0.9351.

-12.3% des choix des femmes se portaient sur l'outil n°5 (8/65), contre 8% de ceux des hommes (9/113) ; p=0.4937.

-9.2% des choix des femmes se portaient sur l'outil n°6 (6/65), contre 8% de ceux des hommes (9/113) ; p=0.9899.

-1.5% des choix des médecins femmes se portaient sur l'outil n°7 (1/65), contre 9.7% de ceux des hommes (11/113) ; p=0.0580.

-12.3% des choix des femmes se portaient sur l'outil n°8 (8/65), contre 2.6% de ceux des hommes (3/113) ; p=0.0191 : cette différence était **significative**.

-6.1% des choix des femmes (4/65) se portaient vers l'outil n°9, contre 5.3% des ceux des hommes (6/113) ; p=1.

-6.1% des choix réalisés par les femmes se sont portés vers l'outil n°10 (4/65), contre 2.6% de ceux des hommes (3/113) ; p=0.2602.

3.11. Question 11- Pensez-vous que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques soit un thème important à aborder en Médecine Générale?

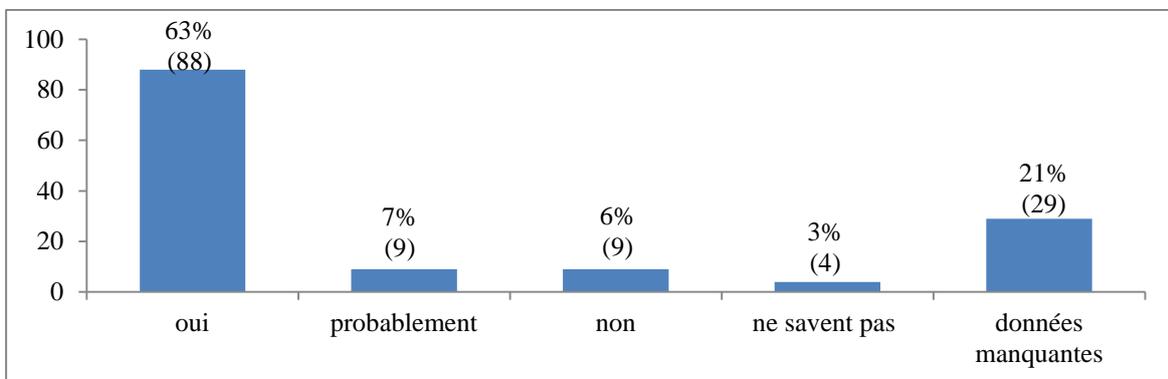


Figure 15

Il s'agissait d'une question ouverte.

- **Sur les 88 réponses positives :**

- 35.2% n'étaient pas développées (31/88).
- Dans les réponses développées (64.8%), les 78 items retrouvés étaient les suivants (classés par ordre de fréquence décroissant) :

-Pour le respect des règles hygiéno-diététiques : 19.2% (item cité 15 fois)

-L'impact de l'entourage est important dans toute maladie chronique : 11.5% (item cité 9 fois)

-En cas de mauvaise observance : 7.7% (item cité 6 fois)

-Pour motiver les patients : 7.7% (item cité 6 fois)

- Si le patient est masculin : 6.4% (item cité 5 fois)

-Pour renforcer l'adhésion au traitement : 6.4% (item cité 5 fois)

-En fonction de l'autonomie du patient : 6.4% (item cité 5 fois)

-Intérêt d'aborder la systémique : 3.8% (item cité 3 fois)

-Très important pour une bonne compréhension : 3.8% (item cité 3 fois)

-Consultation diététique conseillée en couple : 3.8% (item cité 3 fois)

-L'entourage est trop souvent négligé : 2.6% (item cité 2 fois)

-Cela demande beaucoup de temps d'impliquer l'entourage : 2.6% (item cité 2 fois)

-Travail multidisciplinaire : 2.6% (item cité 2 fois)

-L'entourage constitue une aide précieuse : 1.3% (item cité 1 fois)

-Bonne source d'informations sur le quotidien : 1.3% (item cité 1 fois)

-Constitue un soutien moral : 1.3% (item cité 1 fois)

-« Il faut se poser la question de l'impact de la maladie sur l'entourage (modification de l'équilibre familial) et que faire pour l'aider » : 1.3% (cité 1 fois)

-Le lien avec l'entourage entretient la motivation du médecin pour poursuivre la prise en charge de façon durable : 1.3% (cité 1 fois)

-Aide au dialogue dans des situations relationnelles difficiles (avec le médecin parfois) : 1.3% (cité 1 fois)

-« J'explique aux conjoints qu'ils peuvent participer à certains entretiens » : 1.3% (cité 1 fois)

-De plus en plus dans un monde très médiatisé : 1.3% (cité 1 fois)

-Oui, mais :

- Le médecin généraliste est amené à gérer des conflits familiaux par rapport au régime alimentaire : 2.6% (cité 2 fois).
- L'entourage ne doit pas avoir toute la responsabilité de cette prise en charge : 1.3% (cité 1 fois)
- « C'est une pathologie addictive et c'est au sujet addictif de se prendre en charge. » : 1.3% (cité 1 fois)

- **Comparaison hommes-femmes**

-76.7% des femmes pensaient que l'impact de l'entourage est un thème **important** à aborder en médecine générale (33/43), contre 57.9% des hommes (55/95) ; p=0.0520.

-2.3% des femmes disaient **probablement** (1/43), contre 8.4% des hommes (8/95) ; p=0.2731.

-7% des femmes disaient que ce **n'est pas** un thème important (3/43), contre 6.3% des hommes (6/95) ; p=1.

-4.6% des femmes **ne savaient pas** (2/43), contre 2.1% des hommes (2/95) ; p=0.5884.

-9.3% des femmes **ne répondaient pas** à la question (4/43), contre 25.3% des hommes (24/95) ; p=0.0535.

Les réponses des femmes et des hommes n'étaient pas significativement différentes.

4. Profil de réponse général des médecins ayant déclaré toujours savoir qui prépare les médicaments des patients, les repas, qui fait les courses et prend les rendez-vous (groupe 1), par rapport aux autres médecins (groupe 2)

- **Répartition selon le sexe :**

-Il y avait 1 donnée manquante dans le groupe 2 (soit un effectif de 114).

-16.7% des médecins du groupe 1 étaient des femmes (4/24), contre 34.2% dans l'autre groupe (39/114).

83.3% des médecins du groupe 1 étaient des hommes (20/24), contre 65.8% dans le groupe 2 (75/114).

$p=0.1486$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Répartition selon l'âge :**

Il y avait 2 données manquantes dans le groupe 2, soit un effectif de 113.

	<35 ans (n=10)	35-44 ans (n=24)	45-54 ans (n=47)	55-60 ans (n=32)	>60 ans (n=24)
Groupe 1 (24)	2	2	7	5	8
Groupe 2 (113)	8	22	40	27	16
p	0.6875	0.2477	0.7283	0.9551	0.0368

Tableau II : Comparaison des 2 groupes en fonction de l'âge

Il existait une **différence significative** entre les 2 groupes pour la tranche d'âge supérieure à 60 ans.

- **Répartition selon le milieu d'exercice :**

-Il y avait 1 donnée manquante dans le groupe 1 (soit un effectif de 23) et 4 données manquantes dans le groupe 2 (soit un effectif de 111).

-39.1% des médecins du groupe 1 exerçaient en milieu rural (9/23), contre 32.4% de l'autre groupe (36/111).

60.9% des médecins du groupe 1 exerçaient en milieu urbain (14/23), contre 67.6% dans le groupe 2 (75/111).

$p=0.7065$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Répartition selon l'ancienneté d'installation :**

	<1 an (n=4)	1-9 ans (n=26)	10-19 ans (n=31)	20-29 ans (n=44)	>ou=30 ans (n=34)
Groupe 1 (24)	0	6	2	6	10
Groupe 2 (115)	4	20	29	38	24
p	1	0.3945	0.1037	0.5965	0.0581

Tableau III : comparaison des 2 groupes selon l'ancienneté d'installation

La différence n'était pas significative entre les 2 groupes.

- **Répartition selon le nombre de patients vus en consultation par semaine :**

	< 100 (n=40)	[100-150[(n=70)	[150-200[(n=19)	> ou =200 (n=3)
Groupe 1 (22)	5	10	7	0
Groupe 2 (110)	35	60	12	3
p	0.5532	0.5850	0.0185	1

Tableau IV : Comparaison des 2 groupes selon le nombre de patients vus par semaine

-Il y avait 7 données manquantes : 2 dans le groupe 1 et 5 dans le groupe 2.

-Il existait une **différence significative** entre les 2 groupes pour le nombre de patients vus par semaine entre 150 et 199.

- **Question 1**

70.8% des médecins du groupe 1 (17/24) disaient prendre toujours en charge les patients diabétiques adultes autonomes, contre 56.5% de l'autre groupe (65/115).

p=0.2853 : la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 2**

54.2% des médecins du groupe 1 (13/24) disaient toujours savoir si l'entourage des patients diabétiques connaissait le diagnostic, contre 20% de l'autre groupe (23/115).
 $p=0.0012$: la différence entre les 2 groupes était **significative**.

- **Question 4**

29.2% des médecins du groupe 1 disaient que les patients venaient toujours accompagnés en consultation (7/24), contre 25.2% de l'autre groupe (29/115).
 $p=0.8842$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 5**

16.7% des médecins du groupe 1 disaient toujours donner la parole à l'accompagnant et solliciter son avis au cours de la consultation (4/24), contre 7% de l'autre groupe (8/115).
 $p=0.2213$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 6**

4.2% des médecins du groupe 1 disaient que la présence de l'accompagnant facilitait toujours la consultation (1/24), contre 5.2% du second groupe (6/115).
 $p=1$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 7**

Aucun médecin du groupe 1 ne disait s'appuyer toujours sur la parole et le ressenti de l'accompagnant pour prendre une décision ou choisir une stratégie thérapeutique (0/24), contre 3.5% de l'autre groupe (4/115).
 $p=1$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 8**

Aucun médecin du groupe 1 ne disait confier toujours un rôle à l'accompagnant (0/24), contre 0.9% de l'autre groupe (1/115).
 $p=1$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 9**

54.2% des médecins du groupe 1 disaient souhaiter disposer d'outils pour les aider dans la relation avec l'entourage des patients diabétiques (13/24), contre 56.5% du second groupe (65/115).

$p=0.9883$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

- **Question 11**

62.5% des médecins du groupe 1 pensaient que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques est un thème important à aborder en Médecine Générale (15/24), contre 63.5% de l'autre groupe (73/115).

$p=0.8867$: la différence entre les 2 groupes n'était pas significative.

DISCUSSION

1. Biais de l'étude

- Le questionnaire était déclaratif, ce qui permettait d'y répondre rapidement. Mais, les résultats sont à relativiser car ils sont liés à la perception qu'ont les médecins de leur exercice. Ils ne sont pas une description de situations cliniques précises.

En effet, les données recueillies de façon déclarative sont un reflet subjectif de la pratique des médecins généralistes, elles n'ont donc pas la même valeur que les données recueillies de façon prospective.

-Les médecins qui ont répondu au questionnaire étaient peut-être plus intéressés par le sujet que d'autres médecins généralistes du département, ce qui implique d'être prudent quant à la représentativité de l'échantillon.

-Les milieux d'exercice sont difficilement comparables à la moyenne nationale car ils ont été déterminés par les médecins eux-mêmes sans définition précise donnée au préalable.

- Les médecins sont très sollicités et ont peut-être répondu rapidement à certaines questions.

2. Constats

2.1. Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude

2.1.1. Sexe

Dans cette enquête, les femmes étaient minoritaires (31% contre 68%), ce qui reflète la réalité dans la région en 2011 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) : 69% des médecins généralistes libéraux étaient des hommes.³⁴

2.1.2. Age et ancienneté d'installation

L'âge moyen des femmes était de 47 ans, celui des hommes de 53 ans, ce qui est proche des résultats donnés par le CNOM pour la région en 2011 : 48 ans pour les femmes et 52 ans pour les hommes.³⁴

7.2% des médecins étaient âgés de moins de 35 ans ; 40.3% des médecins étaient âgés de 55 ans et plus. La part des médecins de 55 ans et plus est en augmentation dans la région.³⁵

24.5% des médecins disaient être âgés de moins de 45 ans et 17.3 % âgés de plus de 60 ans, contre 21% et 23% selon le CNOM.³⁴

56% des médecins déclaraient être installés depuis 20 ans ou plus, dont 24% depuis 30 ans ou plus.

Il existe un vieillissement marqué de la population médicale, confirmé par le rétrécissement à la base de la pyramide des âges des médecins en activité.³⁶ Beaucoup de médecins généralistes sont installés depuis de nombreuses années et approchent de l'âge de la retraite. Ceci pose la question de la poursuite de l'activité de médecine générale en libéral par de jeunes médecins.

Le pourcentage de médecins femmes installées depuis moins de 10 ans était significativement plus important que celui des médecins hommes (37.2% contre 10.5% ; $p=0.0005$). Les femmes installées depuis 30 ans ou plus étaient moins nombreuses que les hommes (4.6% contre 33.7% ; $p=0.0005$). Ceci correspond à la féminisation progressive de la profession en France.³⁷

2.1.3. Milieu d'exercice

Près de 2/3 des médecins déclaraient exercer en milieu urbain (64% contre 32% ; 4% de données manquantes). L'exercice en milieu urbain était donc nettement plus représenté que le milieu rural dans l'échantillon. Cependant, nous n'avons pas trouvé de chiffres au niveau régional ou départemental permettant une comparaison, mais nous savons que cela est le reflet de la tendance au niveau national.

2.1.4. Nombre de patients vus par semaine en moyenne

Le pourcentage de femmes voyant un nombre de patients par semaine inférieur à 100 était plus élevé que celui des hommes (48.7% contre 22.8% ; $p=0.0062$).

Le pourcentage d'hommes voyant un nombre de patients supérieur ou égal à 150 par semaine était plus élevé (19.6% contre 2.6% ; $p=0.0241$).

Ceci peut s'expliquer par l'aménagement du temps de travail fréquent chez les médecins femmes.³⁷

2.1.5. Fréquence de prise en charge de patients diabétiques adultes autonomes par les médecins généralistes

59% des médecins disaient toujours prendre en charge des patients diabétiques adultes autonomes, ce qui confirme que c'est une situation fréquente en médecine générale.

En ajoutant ceux qui répondaient « souvent », nous arrivons à 95%, c'est-à-dire la très grande majorité des médecins généralistes.

Le fait que la prise en charge de cette pathologie chronique fréquente concerne en premier lieu les médecins généralistes implique la nécessité d'une qualité optimale des soins.

2.2. Intérêt des médecins généralistes pour l'entourage des patients diabétiques non négligeable, mais perfectible

2.2.1. Une minorité de médecins savait systématiquement comment le patient vit concrètement avec sa maladie au quotidien et comment l'entourage y est impliqué

Les questions 2 et 3 reflétaient la connaissance des médecins de la gestion concrète du diabète au quotidien par le patient et de l'implication de son entourage. Nous sommes partis du principe que répondre « souvent » ou « rarement » à ces 2 questions laisse penser qu'il ne s'agit pas d'un comportement très ancré dans la pratique quotidienne des médecins. Au contraire, le fait de répondre « toujours » témoigne d'un comportement ancré.

Les médecins ayant répondu « toujours » à la question 3 (17%) ont aussi répondu « toujours » de façon significativement plus importante que les autres médecins à la question 2 (54.2% contre 20% ; $p=0.0012$). Ceci confirme que ces 2 questions sont indissociables.

Seuls 17% des médecins interrogés ont déclaré toujours savoir comment le quotidien des patients diabétiques s'organise concrètement quant à la préparation des médicaments, des repas, quant à l'organisation des courses et des prises de rendez-vous. 26% seulement ont dit être toujours renseignés sur la connaissance ou non du diagnostic de diabète par l'entourage des patients.

C'est donc une petite partie des médecins seulement qui aurait une bonne connaissance du quotidien des patients. Or, c'est au quotidien que tout a son importance dans cette maladie chronique : le patient est-il seul ou soutenu ? Comment un patient diabétique dont l'entourage ne connaît pas le diagnostic s'organise-t-il au quotidien ? Comment savoir si le patient observe correctement son traitement et respecte les règles hygiéno-diététiques sans connaître l'organisation de son quotidien ? Et comment dans ce cas l'accompagner de façon personnalisée ? Tout cela a bien entendu un impact sur l'équilibre du diabète et donc son évolution avec la survenue ou non de complications.

Dans notre enquête, les médecins du groupe 1 âgés de plus de 60 ans avaient une meilleure connaissance du quotidien des patients diabétiques que ceux du groupe 2 ($p=0.0368$). Peut-être est-ce parce qu'ils connaissent les patients depuis fort longtemps, ainsi que leur entourage. Nous pensons aussi que cette génération de médecins a eu l'habitude de

travailler sans compter, d'être disponible en permanence. Tout ceci change progressivement avec la féminisation de la profession impliquant un remaniement des conditions d'exercice en privilégiant le travail à temps partiel et tout ce qui permet de garantir une qualité de vie personnelle.³⁷ Ce qui explique peut-être que les femmes déclaraient rarement savoir si l'entourage connaissait le diagnostic de façon significativement plus fréquente que les hommes (13.9% contre 3.2% ; $p=0.0271$).

Ceci est confirmé par le fait que les médecins voyant plus de 150 patients par semaine étaient plus nombreux dans le groupe 1 ($p=0.0185$). Nous pensons qu'il s'agit des médecins plus âgés puisque ce sont surtout des hommes (19.6% contre 2.6% de femmes ; $p=0.0241$).

2.2.2. Les patients diabétiques venaient rarement accompagnés en consultation

La majorité des médecins (70%) a déclaré que les patients venaient rarement accompagnés en consultation ; 3% disant même que cela n'arrivait jamais.

Seuls 26% ont estimé que c'était fréquent. Ces résultats sont très différents de ceux de l'étude REMEDE qui notait une fréquence moyenne d'un patient sur trois accompagné en consultation (toutes pathologies confondues).³²

Même si le patient vient seul en consultation, le médecin peut s'enquérir de son ressenti concernant l'implication de son entourage et ainsi acquérir une meilleure connaissance du patient pour mieux l'accompagner.

2.2.3. L'accompagnant était le plus souvent en retrait au cours de la consultation

- **La majorité des médecins généralistes a déclaré ne pas donner systématiquement la parole à l'accompagnant ou solliciter son avis au cours de la consultation**

Seuls 9% des médecins ont déclaré toujours le faire.

Nous pensons que l'entourage du patient est mis la plupart du temps au second plan, comme si son rôle était mineur dans la vie du patient et par extension dans sa santé. Nous pensons que cela est lié à l'ancrage de la conception de la relation entre le malade et le médecin comme étant une relation binaire. Or, l'entourage est un rouage essentiel dans la compréhension de la maladie. Ainsi, le médecin généraliste se prive de précieuses

informations qui peuvent permettre de mieux comprendre le patient et de l'accompagner de façon plus adaptée pour une meilleure efficacité des soins dans une relation de confiance.

26% des médecins ont répondu « rarement » ou « jamais ». Ces résultats sont meilleurs que ceux de l'étude REMEDE dans laquelle les médecins notaient ne pas solliciter l'avis de l'accompagnant dans 51% des cas.³²

- **La présence de l'accompagnant pouvait faciliter la consultation**

Seuls **5%** des médecins pensaient que c'était **toujours** le cas.

Un médecin a précisé que c'était en fonction du degré d'**autonomie** : la présence de l'accompagnant facilitait la consultation si le patient était peu autonome. Nous pensons qu'il s'agit là d'un rôle très pratique de l'accompagnant.

Un quart d'entre eux a déclaré que c'était rarement le cas, voire jamais pour 2%. Nous pensons que c'est peut-être parce que la présence de l'accompagnant allonge le temps de consultation dans la plupart des cas. Peut-être aussi les médecins peuvent avoir une perception négative de l'accompagnant s'ils pensent qu'il a une influence négative sur le vécu de la maladie par le patient. Toutefois, cela n'a pas été cité dans les réponses.

56% ont déclaré que c'était **souvent** facilitateur. Dans l'étude REMEDE, 59% des médecins jugeaient positivement l'influence de la présence de l'accompagnant dans la majorité des cas.³²

- **Les médecins généralistes ne s'appuyaient pas systématiquement sur la parole et le ressenti de l'accompagnant pour prendre une décision ou choisir une stratégie thérapeutique**

Seuls 3% ont dit toujours le faire. La majeure partie a déclaré souvent en tenir compte (45%), voire rarement pour 37%. 4% des médecins ont dit ne jamais en tenir compte.

Quand les raisons de s'appuyer sur lui étaient développées, la notion de **dépendance** était retrouvée, ainsi que la **gestion des repas**.

Dans l'étude REMEDE, les médecins disaient prendre en considération les remarques de l'accompagnant dans 79% des cas.³²

- **Les médecins généralistes ne confiaient pas systématiquement un rôle à l'accompagnant**

Seul 1% a déclaré toujours confier un rôle à l'accompagnant. Nous pensons que le rôle de soutien psychologique du patient doit toujours être proposé à l'entourage. De même, l'un des rôles du médecin généraliste est de soutenir aussi l'entourage psychologiquement.

La majeure partie des médecins a répondu « souvent » (45%). Presqu'autant ont répondu « rarement » (43%).

Ceux qui ont répondu « autre » (4%) ont nommé la gestion des repas et la langue (si le patient parle mal le français).

2.2.4. La majorité des médecins généralistes souhaitait donner plus de place à l'entourage des patients diabétiques, conscients de l'importance de son impact dans la prise en charge

- **56% des médecins ont dit souhaiter disposer d'outils**, ce qui représente plus de la moitié d'entre eux.

Les médecins ont exprimé souhaiter en premier lieu des formations vers lesquelles orienter l'entourage afin de les aider à mieux prendre en charge le patient (17.4% des choix) et des référentiels de bonnes pratiques vis-à-vis de l'entourage (17.4% des choix). Nous pensons que ceci témoigne du désir des médecins généralistes de développer une relation de soins triangulaire impliquant davantage l'entourage. Mais, sans être seuls à assurer la totalité de la prise en charge, c'est-à-dire que les rôles soient répartis selon les compétences des différents professionnels de santé et sociaux (travail pluridisciplinaire).

Les outils présentant des informations pratiques pouvant servir à l'entourage sur des questions non médicales arrivaient en 3^e position seulement (12.9% des choix), alors que dans l'étude REMEDE c'est le groupe d'outils qui apparaissait manquer le plus aux médecins.³²

11.9% des choix se sont portés sur des services aidant les médecins à motiver l'entourage à s'impliquer dans la prise en charge du patient. Nous pensons que cela rejoint l'idée formulée dans l'étude REMEDE selon laquelle les médecins souhaiteraient que l'entourage s'implique davantage dans la prise en charge. En effet, ils exprimaient vivre difficilement le fait de se retrouver face à une démission ou un refus de s'impliquer de la part de l'entourage.

6.3% de leurs choix se portaient sur une formation médicale continue visant à mieux prendre en charge l'entourage dans le traitement, les soins et au niveau psychologique. Cet outil a été plus choisi par les femmes que par les hommes (12.3% contre 2.6% ; $p=0.0191$).

Quelques-uns (3.9% des choix) souhaitaient des informations chiffrées et factuelles sur les attentes et besoins des proches. Ceci nous apparaît très pertinent, car seule une connaissance préalable précise des attentes de l'autre permet d'apporter des réponses adaptées.

- **63% des médecins généralistes ont déclaré que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques est un thème important à aborder en médecine générale**

Les raisons revenant fréquemment étaient le respect des règles hygiéno-diététiques (19.2%), le fait que dans toute maladie chronique il faille tenir compte de l'entourage (11.5%).

Le soutien moral n'a été cité qu'une seule fois (1.3%), alors qu'il s'agit du rôle constant et incontournable de l'entourage.

Seulement 6% répondaient « non », mais **21% n'ont pas répondu à cette question**, ce qui est plutôt en faveur d'une réponse négative à notre avis. Nous pensons aussi que cette unique question ouverte à la fin du questionnaire nécessitait plus de temps pour y répondre et a peut-être été négligée.

Il nous semble à propos de citer ici les attentes des médecins généralistes envers l'entourage des patients diabétiques de type 2 retrouvées dans l'étude REMEDE:

- 97% : respect et observance des traitements
- 85% : respect des règles hygiéno-diététiques
- 66% : observance et alerte en cas de besoin

3. Quelles pistes pour améliorer la situation ?

❖ L'entourage faisant partie intégrante de l'environnement du patient diabétique, il est incontournable de lui donner une place dans sa prise en charge. Comment améliorer cette place ? Comment améliorer cette relation triangulaire complexe impliquant le médecin, le malade et son entourage ?

Nous avons étudié les outils choisis par les médecins. Et, plus simplement, nous avons pensé à un outil dont les médecins généralistes pourraient se servir au quotidien, tout au long du suivi des patients diabétiques. C'est une liste de cinq items simples à utiliser en consultation. Elles permettent d'approfondir la connaissance du patient diabétique pour optimiser sa prise en charge :

- « Quelle est votre situation familiale, comment cela se passe avec votre entourage au quotidien par rapport au vécu du diabète ? (L'entourage connaît-il le diagnostic? Qui prépare les médicaments, les repas, qui fait les courses et prend les rendez-vous? Vous sentez-vous soutenu psychologiquement ?) »
- Proposer au patient de venir accompagné en consultation, à une fréquence déterminée selon les besoins.
- Tester le niveau de connaissance de l'accompagnant par rapport à la maladie.
- Répondre aux questions de l'accompagnant au cours d'une (ou plusieurs) consultation(s) dédiée(s) ou d'un temps de la consultation réservé à cet effet.
- Proposer à l'accompagnant, en accord avec le patient, un rôle précis dans la prise en charge du diabète et évaluer comment cela est vécu au cours de consultations ultérieures.

❖ Nous pensons qu'il serait pertinent de mener une autre étude, permettant d'analyser en miroir le point de vue de l'entourage quant au rôle du médecin traitant, à ses capacités d'accompagnement de la famille, d'écoute et d'explication de la maladie. C'est dans cette lignée que l'équipe soignante de l'hôpital de semaine d'endocrinologie du CHU de Nantes a récemment réalisé une enquête.

CONCLUSION

Une prise en charge de qualité des patients diabétiques ne peut se concevoir que selon le modèle biopsychosocial. La prise en compte de l'entourage est alors incontournable, puisqu'il est un élément fondamental de l'environnement du patient et a donc un impact sur la façon dont il vit avec sa maladie.

Cette étude a permis de montrer que les médecins généralistes de Loire-Atlantique portent un intérêt non négligeable à l'entourage, mais perfectible. En effet, seule une minorité de médecins savait de façon systématique comment le patient vit concrètement avec sa maladie au quotidien et comment l'entourage y est impliqué. De plus, les patients diabétiques venaient rarement accompagnés en consultation. Quand un accompagnant était présent, il était le plus souvent en retrait. Une majorité de médecins a exprimé le souhait de donner une place plus importante à l'entourage, consciente de son impact sur la prise en charge du patient.

Aussi, nous avons pensé à proposer simplement quelques pistes concrètes à utiliser en consultation, permettant aux médecins généralistes d'acquérir une meilleure connaissance du quotidien du patient et de ses réels besoins en donnant une place plus importante à son entourage, avec l'accord du patient bien entendu. Cette démarche s'inscrit dans la recherche d'un accompagnement personnalisé et donc plus efficace.

L'outil est une liste de cinq items :

- Demander au patient quelle est sa situation familiale, comment cela se passe avec son entourage au quotidien par rapport au vécu du diabète (L'entourage connaît-il le diagnostic? Qui prépare les médicaments, les repas, qui fait les courses et prend les rendez-vous ? Le patient est-il soutenu psychologiquement ?).
- Proposer au patient de venir accompagné en consultation, à une fréquence déterminée selon les besoins.
- Tester le niveau de connaissance de l'accompagnant par rapport à la maladie.
- Répondre aux questions de l'accompagnant au cours de consultations dédiées ou d'un temps de la consultation réservé à cet effet.
- Proposer à l'accompagnant, en accord avec le patient, un rôle précis dans la prise en charge du diabète et évaluer comment cela est vécu au cours de consultations ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

1. Joublin H. Réinventer la solidarité de proximité-manifeste de proximologie. Paris : Albin Michel, 2005 : 173 p
2. Grimaldi A. Le théâtre du vécu contre l'inobservance. Le généraliste mars 2012 ; 2594 : 22.
3. Fischer-Ghanassia P, Ghanassia E. Endocrinologie nutrition, 4^{ème} édition. Paris: Vernazobres-Grego, 2007: 119-260
4. Le diabète - Généralités / Généralités et chiffres clés / Diabète / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [consulté le 22 septembre 2012]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Generalites-et-chiffres-cles/Le-diabete-Generalites>
5. Haute Autorité de Santé - ALD n°8 - Diabète de type 2 [Internet]. [consulté le 3 mars 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419389/ald-n8-diabete-de-type-2
6. Grimaldi A. Traité de diabétologie, 2^{ème} édition. Flammarion Médecine- Sciences, 2009 : 1044p
7. OMS | Diabète [Internet]. [consulté le 22 novembre 2012]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html>
8. InVS > Le diabète > Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (Entred) 2007-2010 [Internet]. [consulté le 12 novembre 2012]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/entred_2007_2010/index.html
9. Haute Autorité de Santé - ALD n°8 - Diabète de type 1 chez l'adulte [Internet]. [cité 3 mars 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419399/ald-n8-diabete-de-type-1-chez-l-adulte?xtmc=ALD%208&xtr=1
10. CNAMTS. Site du service d'accompagnement de l'Assurance maladie pour les malades chroniques. Disponible sur : <http://www.sophia-infoservice.fr>
11. ANCREC. Site de l'Association nationale de coordination des Réseaux diabète. Disponible sur : <http://www.ancred.fr>
12. L'Assurance Maladie [Internet]. [consulté le 13 septembre 2012]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2013/appli.htm>

13. Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/>

14. Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009. Bull Epidemiol Hebd 2010; 42-43: 425-31

15. Papoz L. Le diabète de type 2 dans les DOM-TOM : un effet pervers de la modernité. Bull Epidémiol Hebd 2002 ; 20-21 : 89-90.

16. CNAMTS, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire Disponible sur: <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm#par8600>

17. ameli.fr - Affection de longue durée (ALD) [Internet]. [consulté le 12 septembre 2012]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>

18. Le portail des professionnels de santé prenant en charge les proches - Proximologie [Internet]. [consulté le 24 février 2012]. Disponible sur: <http://www.proximologie.com/>

19. Joublin H, Bungener M, Causse D et al. Proximologie- Regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006 : 114p

20. Fassin D, Memmi D. Le gouvernement des corps. EHESS, 2004 : 109-133

21. Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue Française de Sociologie 1987 ; XXVII : 3-27

22. Keller PH, Pierret J. Qu'est-ce-que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne. Paris : La Découverte, 2000 : 224p

23. Caro D. L'entourage du patient en médecine générale, Manuel de Proximologie. Paris : Quotidien du Médecin, 2006 : 118p

24. Beisecher J, Beisechet TD. Patient-Information seeking behaviours when communicating with doctors. Med Care 1990; (28).

25. Chambonnet JY, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? Eur J Gen Pract 2000; 6(3): 88-92.

26. Grand A, Grand-Filaire A, Bocquet H, Clément S. Caregiver stress: a failed negotiation? A qualitative study in south west France. *Int J Aging Hum Dev* 1999; 49(3): 179-95.
27. Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère MO. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Revue France Affaires Sociales* 2000 ;(2)
28. Rosenberg E. Les patients accompagnés dans la communication professionnelle en santé. St Laurent (Québec) : Renouveau pédagogique, 2005 : 503-27
29. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [consulté le 12 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130112>
30. Joublin H. La condition du proche de la personne malade- 10 études de proximologie. Montreuil : Aux lieux d'être, 2007 : 188p
31. Enquête IPSOS: la relation médecin-entourage [Internet]. [consulté le 24 février 2012]. Disponible sur: <http://www.proximologie.com/recherche/soignants-et-entourage/enquete-ipsos.aspx>
32. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Perspectives of general practitioners on the role of patients' caregivers in the process of consultation and treatment. *Santé Publique* 2007; 19(3): 241-252.
33. Random Number Generator [Internet]. [consulté le 23 mai 2012]. Disponible sur: <http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>
34. Répartition des médecins généralistes | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [consulté le 22 septembre 2012]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/repartition-des-medecins-generalistes-1194>
35. Médecins : effectifs et densité - ORES Pays de la Loire [Internet]. [consulté le 22 septembre 2012]. Disponible sur: <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm#par8600>
36. Institut National de la statistique et des Etudes Economiques (INSEE) Projections de populations 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine Economie et Statistiques n°408-409, 2007. Disponible sur : http://www.insee.fr/docs_ffc/ECostat_D.pdf
37. Robelet N, Lapeyre-Sagesse N, Zolesio E. Féminisation et pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. CNOM 2006 : 20

ANNEXE

Questionnaire :

Interne de Médecine Générale, je prépare actuellement ma thèse sur la prise en compte de l'ENTOURAGE dans les soins aux PATIENTS DIABETIQUES de type 1 et 2 en MEDECINE GENERALE. C'est un champ de recherche très peu exploré jusqu'à présent. Je me permets de vous solliciter pour répondre à ce court questionnaire anonyme. En vous remerciant par avance.

1-Prenez-vous en charge des patients diabétiques adultes autonomes?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

2-Savez-vous si l'entourage des patients diabétiques connaît le diagnostic?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

3-Savez-vous qui prépare les médicaments des patients, qui fait les courses, prépare les repas et prend les rendez-vous?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

4-Les patients diabétiques viennent-ils accompagnés en consultation?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

5-Donnez-vous la parole à l'accompagnant au cours de la consultation, sollicitez-vous son avis?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais
- Autre :

6-La présence de l'accompagnant facilite-t-elle la consultation?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais
- Autre :

7-Vous appuyez-vous sur la parole et le ressenti de l'accompagnant pour prendre une décision ou choisir une stratégie thérapeutique?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais
- Autre :

8-Confiez-vous un rôle à l'accompagnant?

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais
- Autre :

9-Aimeriez-vous disposer d'outils pour vous aider dans la relation avec l'entourage des patients diabétiques?

- oui
- non

10-Si oui, des outils de quel type?

- outils présentant des informations pratiques pouvant servir à l'entourage sur des questions non médicales (administratives, droits, aides financières,...)

- formations vers lesquelles orienter l'entourage afin de les aider à mieux prendre en charge le patient
- outils permettant de constituer un réseau pluridisciplinaire avec d'autres professionnels de santé
- services aidant les médecins à motiver l'entourage à s'impliquer dans la prise en charge du patient
- occasions d'échanges avec d'autres professionnels de santé sur la prise en compte de l'entourage dans les soins
- informations chiffrées et factuelles sur les attentes et besoins des proches
- formation médicale continue visant à mieux prendre en charge l'entourage dans le traitement, les soins et au niveau psychologique
- référentiels de bonnes pratiques vis-à-vis de l'entourage
- outils d'aide aux relations avec l'entourage: grilles d'évaluation de la qualité de vie des aidants, de leur niveau d'implication
- Autre :

11-Pensez-vous que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques soit un thème important à aborder en Médecine Générale?

12-Etes-vous ?

- un homme
- une femme

13-Quel âge avez-vous?

14-Exercez-vous en milieu ?

- rural
- urbain

15-Quelle ancienneté d'installation avez-vous?

16-Combien de patients voyez-vous par semaine en moyenne (toutes pathologies confondues)?

NOM : LE ROLLAND-KOPILAS

PRENOM : Laëtitia

**QUELLE PLACE LES MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE
DONNENT-ILS A L'ENTOURAGE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIABETIQUES ADULTES
AUTONOMES DE TYPE 1 ET 2?**

RESUME

L'approche biopsychosociale des patients est la condition sine qua non d'une prise en charge de qualité en Médecine Générale. Il est dès lors incontournable d'y impliquer l'entourage qui est un élément déterminant de l'environnement du patient.

Nous avons mené une étude descriptive d'opinion et de pratique auprès des médecins généralistes libéraux de Loire-Atlantique en 2012 pour savoir quelle place ils donnent à l'entourage.

Nous avons obtenu 139 réponses au questionnaire (31%). 17% déclaraient toujours savoir comment le patient vit concrètement avec sa maladie au quotidien et comment l'entourage y est impliqué. 26% disaient toujours savoir si l'entourage connaît le diagnostic ou non. 70% d'entre eux déclaraient que les patients diabétiques viennent rarement accompagnés en consultation. Quand il est présent, l'accompagnant est le plus souvent en retrait. 56% des médecins déclaraient souhaiter disposer d'outils les aidant dans la relation avec l'entourage et 63% déclaraient que l'impact de l'entourage sur la prise en charge des patients diabétiques est un thème important à aborder en Médecine Générale.

Cette étude indique donc un intérêt non négligeable des médecins généralistes pour l'entourage des patients diabétiques, mais perfectible. Nous proposons une liste de 5 items à utiliser en consultation : 1/Demander au patient quelle est sa situation familiale, comment cela se passe avec son entourage au quotidien par rapport au vécu du diabète (L'entourage connaît-il le diagnostic? Qui prépare les médicaments, les repas, qui fait les courses et prend les rendez-vous ? Le patient se sent-il soutenu psychologiquement ?). 2/Proposer au patient de venir accompagné en consultation, à une fréquence déterminée selon les besoins. 3/Tester le niveau de connaissance de l'accompagnant par rapport à la maladie. 4/Répondre aux questions de l'accompagnant au cours de temps dédiés. 5/Proposer à l'accompagnant, en accord avec le patient, un rôle précis dans la prise en charge du diabète et évaluer comment cela est vécu au cours de consultations ultérieures.

MOTS-CLES

-Entourage

-Patient diabétique

-Proximologie

-Médecine Générale