

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2017

N° 233

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Anne-Sophie PAPE

née le 1^{er} août 1986 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2017

MISE EN PLACE ET ÉVALUATION DE L'IMPACT D'UNE ACTION DE PRÉVENTION DANS UNE

MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE : L'AFFICHAGE AUTOUR DU DIABÈTE

Etude quantitative auprès des patients diabétiques de la maison de santé d'Aizenay.

Président : Monsieur le Professeur Bertrand CARIOU

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne SURRAULT

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Noël TROCHU
Madame le Docteur Céline BOUTON

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bertrand Cariou,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Céline Bouton et Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Anne Surrault,

Merci d'avoir dirigé cette thèse, et de m'avoir tant appris pendant mon stage SASPAS. Tu es à l'image de la médecine, passionnante et passionnée !

A toute l'équipe de la MSP d'Aizenay,

Merci pour votre accueil, et votre aide pour ce travail. Vous formez une super équipe pluriprofessionnelle comme j'aimerais en trouver pour mon futur exercice.

A mon mari, Yoann,

Nous avons traversé toutes ces années de médecine ensemble et les terminons quasiment ensemble. Nous avons partagé les joies de la P2, les appréhensions pendant l'externat, le stress de l'ECN, la fatigue de l'internat... Tu m'as toujours soutenu, encouragé et poussé à donner le meilleur de moi-même. Tu es un homme et un papa extraordinaire. Avec toi à mes côtés, je suis prête à relever tous les défis que la vie mettra sur notre route et surtout à continuer à vivre de belles aventures tous les 3.

A mon fils, Arthur, mon trésor, ta petite bouille, tes éclats de rire et tes bisous me rendent si heureuse tous les jours, je t'aime fort.

A ma famille que j'aime tant,

Mes parents, qui m'ont permis de faire ces longues études et toujours aidés que ce soit en m'écoutant, en me préparant de bons petits plats, ou encore en s'occupant d'Arthur pour que je puisse travailler cette thèse. Vous êtes d'un soutien et d'un amour sans faille. J'ai de la chance de vous avoir.

Mes frères, qui ont subis mes humeurs et mon stress surtout durant la première année de médecine, vous êtes devenus des personnes admirables et généreuses, moi la grande sœur j'ai de quoi être fière de vous.

Ma super belle-sœur, Mallo et mes neveux Ilan et Elia que j'adore.

La famille Le Scaon, l'esprit de famille chez nous c'est important, merci à tous les 5 d'avoir toujours été là et à Véro pour tous ses petits messages pour prendre de mes nouvelles.

A mes grands-parents, qui auraient, je pense, été fiers de mon parcours.

Et au reste de ma famille et ma belle-famille.

A mes amis,

A mes copines de la fac de Brest, entre les colles en P1, les soirées de folies, les séances à la BU, les potins, les apéros... Ces 7 années à Brest ont été plus que mémorables, et c'est en grande partie grâce à vous !! Je suis fière des médecins que vous êtes devenues ! Merci aux Sailors : Céline, Alice, Emilie, Gwendo, Lucile et merci aussi bien sûr à Solène, la quimpéroise !

A mes full women : Aurore, Astrid et Sabrina. Toutes les 4 on forme une équipe de choc, ensemble on parle de tout et de rien, on danse, on pleure et on rigole surtout !! Vous me permettez de m'évader. Et bien sûr au reste de la tribu : les bout'chou et les gars : Feelou, Dave et Eddy.

A mes copines d'enfance, à Jessica qui est toujours présente après toutes ces années et qui a gardé son petit grain de folie ; à Marion qui est loin mais que j'adore toujours autant revoir, gardons le hakunamatata...

Et à tous mes autres amis d'hier et d'aujourd'hui : mes cointernes Marion et Céline, mes collocs Marianne et Lucille, Mathieu, Solenn, Fanny et Julien, Alexis et Karine, les Affreux...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

APMSL-PDL : Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays De Loire

ARS : Agence Régionale de Santé

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DMG : Département de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

ENTRED : Échantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDM : Infarctus Du Myocarde

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

IREPS : Institut Régional d'Éducation et de Promotion pour la Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
TABLE DES MATIÈRES	5
1 INTRODUCTION	7
1.1 Une réorganisation des soins primaires.....	7
1.2 L'essor des MSP	7
1.3 La notion de prévention	9
1.4 La prévention par l'affichage :.....	10
1.5 La prévention en MSP	10
1.6 Le contexte et les objectifs de la thèse	11
2 PREMIÈRE PARTIE : L'ÉLABORATION D'UNE ACTION DE PRÉVENTION A LA MSP AIZENAY.....	12
2.1 Le contexte	12
2.2 La MSP d'Aizenay.....	12
2.3 Le projet de santé.....	13
2.4 L'action santé diabète	13
2.4.1 Le thème : le diabète.....	13
2.4.2 La formation	14
2.4.3 Les objectifs de ce projet.....	14
2.4.4 La mise en place en pratique.....	15
2.4.5 Les affiches finales.....	16
2.5 Les partenaires	17
2.6 Le financement.....	17
2.6.1 La SISA	17
2.6.2 Les moyens de financement des actions de prévention	17
2.6.3 Les NMR.....	18
2.6.4 Le financement de l'action santé diabète	18
2.7 Le vécu des professionnels.....	18
2.7.1 L'intégration dans la MSP	19
2.7.2 Les actions santé	19
2.7.3 La mise en place pratique.....	19
2.7.4 L'interprofessionnalité	19
2.7.5 Les résultats.....	19
2.7.6 Les difficultés et les freins	20
2.7.7 Les points positifs	20

2.8	L'évaluation	20
3	DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE QUANTITATIVE.....	21
3.1	MATERIELS ET METHODES	21
3.1.1	Type d'étude.....	21
3.1.2	Lieu d'étude.....	21
3.1.3	Population incluse	21
3.1.4	Mise en place des affiches.....	21
3.1.5	Elaboration du questionnaire.....	21
3.1.6	Administration et recueil du questionnaire	22
3.1.7	Analyse des données	23
3.2	RESULTATS.....	23
3.2.1	Données épidémiologiques de l'échantillon :	23
3.2.2	Leur diabète.....	25
3.2.3	Les affiches	26
3.2.4	Les messages	28
3.2.5	Impact sur les patients	29
4	DISCUSSION	36
4.1	Analyse de la partie descriptive	36
4.1.1	Les forces.....	36
4.1.2	Les freins et les limites	37
4.1.3	Les facilitateurs.....	39
4.2	Analyse de l'enquête quantitative	40
4.2.1	Choix de la méthode.....	40
4.2.2	Les biais et les limites	40
4.2.3	Analyse des principaux résultats de l'étude.....	41
4.3	État des lieux à la msp d'aizenay en 2017	48
5	CONCLUSION	50
	BIBLIOGRAPHIE.....	51
	ANNEXES.....	56
	Annexe 1 : Totem.	56
	Annexe 2 : Les 9 différentes affiches.....	57
	Annexe 3 : Questionnaire.....	67
	Annexe 4 : Notice explicative du questionnaire.....	68

1 INTRODUCTION

1.1 UNE REORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES

On assiste depuis une dizaine d'années en France à une réorganisation des soins primaires qui sont définis par l'OMS en 1978 comme étant «*des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus* ». Ils correspondent au «*premier niveau de contact [...] avec le système national de santé*» (1).

Le nombre de médecins généralistes en France est en diminution, au premier janvier 2016, il y avait 88 886 médecins généralistes, soit une diminution de 8,4% entre 2007 et 2016. Dans les Pays de la Loire, la diminution est moindre avec une baisse d'effectif de 6,8% sur la même période (2).

En 2007, seulement 39% des médecins généralistes travaillaient en groupe. Alors que dans d'autres pays européens, la pratique de groupe était déjà majoritaire comme en Suède et en Finlande où existent des structures pluridisciplinaires gérées par l'Etat. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas ils existent plutôt des regroupements de médecins dans des structures privées (3).

Les médecins généralistes et l'Etat doivent relever de nombreux défis : la diminution de la démographie médicale, les inégalités territoriales avec l'apparition de déserts médicaux, le vieillissement de la population et ses conséquences que sont l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies ou encore l'attraction des jeunes médecins pour l'exercice de groupe... Pour faire face à ces nouveaux enjeux mais également afin d'améliorer l'efficacité de notre système de soins primaires, un nouveau concept a vu le jour à partir de l'année 2007 : la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

1.2 L'ESSOR DES MSP

Une MSP est un lieu où exerce une équipe de soins de premiers recours composée d'au moins deux médecins généralistes et d'un autre professionnel de soins de santé de premier recours (infirmier, kinésithérapeute, podologue, diététicien...) regroupés autour d'un projet de santé, au service de la population générale et adapté au contexte local. Les pôles de santé pluriprofessionnels, sont également un regroupement de professionnels autour d'un projet de santé mais il n'y a pas d'unité géographique.

On dénombrait en juillet 2016, 804 MSP en France. Les derniers chiffres en Pays de La Loire datent de juillet 2017 avec 75 MSP répertoriées (dont 15 en Vendée) et 29 en projets, c'est une des régions françaises où le nombre de MSP est le plus important.

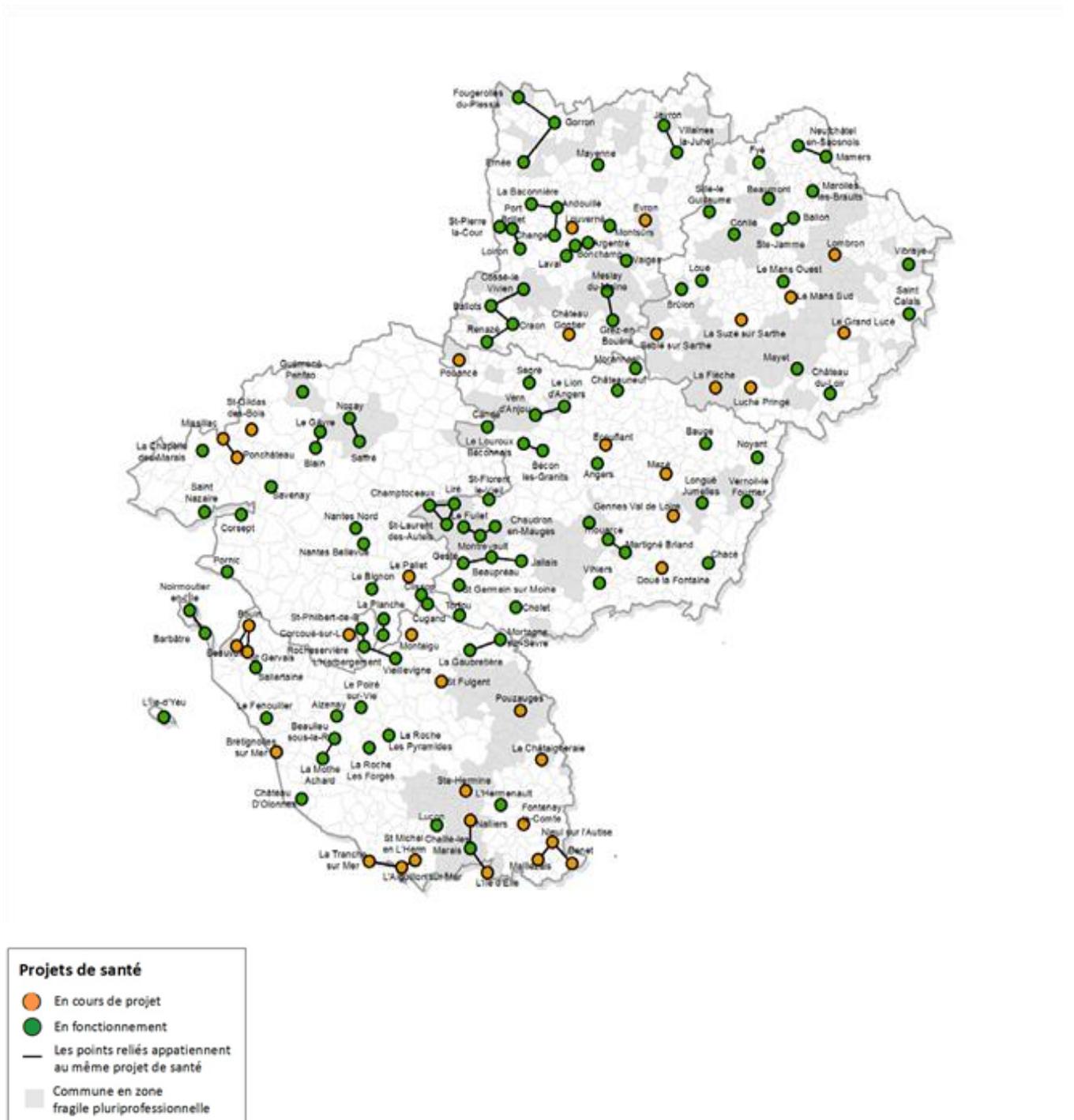


Figure 1 : Maisons de santé pluriprofessionnelles en Pays de la Loire en juillet 2017, source : ARS Pays de la Loire.

La notion de MSP a fait son apparition pour la première fois dans la loi du 19 décembre 2007 relative au financement de la sécurité sociale (4) et dans le Code de Santé Publique le 22 décembre 2007 dans l'article L-6323-3.

Cette définition du Code de Santé Publique s'est étoffée en 2009 avec la loi dite «Hôpital, Patients, Santé, Territoire » en y intégrant la notion de projet de santé. La dernière version en date est celle du 28 janvier 2016 (5) : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans

hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Des évaluations de l'IRDES en 2013 et 2014 ont montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels et semblaient ralentir la désertification médicale d'une part et amélioraient la qualité des soins à moindre coût d'autre part (6).

1.3 LA NOTION DE PREVENTION

Les politiques de santé en France ont progressivement délaissés la prévention à partir des années 1945 devant la forte progression de l'espérance de vie liée aux progrès de la médecine, pour aboutir à un système quasi exclusivement curatif. Depuis les années 1970, la prévention revient pour s'adapter à l'évolution des problèmes de santé liés au vieillissement de la population (recrudescence de maladies vasculaires, de cancers, de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies neurodégénératives...) et à l'évolution de la société (souffrance sociale, au travail, troubles liés à l'alimentation ou à l'environnement...). En 2009 la loi HPST et son article 9 a fait de la prévention une des priorités de la politique nationale sociale (7).

L'OMS en 1948 définit la prévention comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.* » (8) Plus récemment la loi du 4 mars 2002 en donne une définition plus élargie : « *la prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident* » (9).

On distingue, selon l'OMS, 3 types de prévention suivant le stade de la maladie :

- La prévention primaire : elle se situe en amont de la maladie, elle vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population.
- La prévention secondaire : elle se situe au tout début de la maladie, elle vise à diminuer la prévalence d'une maladie ou encore à diminuer les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire : elle vise à diminuer la prévalence des complications et des récurrences d'une maladie avérée.

Il existe une autre façon de classer la prévention, cette fois-ci selon la population cible :

- la prévention universelle qui est destinée à l'ensemble de la population
- la prévention sélective qui est destinée à un sous-groupe de population

- la prévention ciblée qui est destinée aux individus ayant des facteurs de risque particuliers

1.4 LA PREVENTION PAR L’AFFICHAGE :

Les affiches sont un grand classique de vecteur d’information sanitaire. Elles sont un moyen bon marché, facile à mettre en œuvre et directement identifiable par le patient. Leur utilisation dans des cabinets médicaux ou paramédicaux est encadrée par la loi avec l’obligation d’afficher en salle d’attente : le type de convention, les honoraires, les informations relatives à la permanence des soins, l’appartenance éventuelle à une association de gestion agréée et l’information d’une utilisation de fichiers informatiques.

L’ordre national des médecins a publié en 2000 un rapport concernant l’affichage dans les salles d’attentes. Ce rapport laisse une grande liberté aux praticiens car on leur demande simplement d’être dans le respect de la déontologie, la justification et la qualité des documents proposés (10).

La plupart des affiches viennent de l’INPES qui joue un rôle majeur dans cette tâche avec par exemple l’édition en 2013 de près de 230 000 affiches concernant l’alcool, 175 000 affiches concernant le tabac ou 100 000 pour le risque solaire (11).

Beaucoup de médecins utilisent déjà leur salle d’attente pour la prévention, dans une étude française réalisée en Picardie, on retrouve des affiches dans 75 % des salles d’attente des médecins généralistes (12). Les patients sont de plus en plus demandeurs d’information sur la santé et reconnaissent que la salle d’attente peut-être un endroit privilégié (13).

Dans la littérature, les résultats concernant l’effet de l’affichage en salle d’attente sont discordants, certaines études ne retrouvent aucun effet (14) (15), d’autres semblent indiquer une tendance à l’amélioration des connaissances voire des comportements de santé, comme l’étude de Ward en 1994 (16) ou encore l’étude de Sébastien Lagorce en 2013 (17), qui montrait que l’affichage en salle d’attente autour de l’incontinence urinaire féminine semblait inciter les patientes à consulter.

Nous avons trouvé peu d’étude sur l’évaluation d’une affiche qui a été créé par les professionnels de santé eux-mêmes, cependant, nous pouvons citer une thèse qualitative auprès des médecins généralistes et des patients sur les troubles de l’érection du patient diabétique réalisée en 2016 à Grenoble qui concluait à la pertinence de l’affiche pour informer et lancer la communication autour de ce sujet (18).

1.5 LA PREVENTION EN MSP

Les MSP favorisent le partage des compétences et la possibilité d’une coordination entre les professionnels, ce qui constitue des avantages considérables pour la mise en place d’action de prévention.

La prévention est une des missions censées être phare des maisons de santé pluriprofessionnelles, hors en réalité comment cela se traduit-il ? Une enquête réalisée en 2012-2013 dans les Pays de La Loire révèle que sur les 53 MSP interrogées, la prévention était inscrite à 91% dans leur projet de santé,

et que seulement 49% d'entre elles avaient mis en place des actions de santé collectives (19). Et encore ce chiffre était sans doute surévalué par rapport à l'échantillon ayant répondu. L'écart entre ces 2 chiffres atteste que la prévention qui est inscrite dans le projet de santé ne suffit pas à la faire exister.

Les freins retrouvés à la mise en place d'action de prévention étaient les lacunes en organisation, la lourdeur administrative, l'insuffisance de financement, le manque de motivation et surtout le manque de temps.

Nous avons trouvé peu de travaux qui décrivent concrètement les actions menées au sein de MSP en matière de prévention et encore moins de travaux les évaluant, ce qui pourrait être intéressant afin de comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de santé.

1.6 LE CONTEXTE ET LES OBJECTIFS DE LA THESE

J'ai réalisé mon stage SASPAS de l'internat de médecine générale de Nantes dans la MSP d'Aizenay en Vendée quelques mois après son ouverture. J'ai pu assister à la mise en place de la première action de prévention collective menée par cette équipe qui était la création et la diffusion d'affiches en salles d'attente s'adressant aux patients diabétiques.

Cette thèse a pour objectif de décrire le déroulement de la mise en place de cette action de prévention, avec ses difficultés et ses points positifs, pour faire bénéficier de cette expérience à d'autres équipes pluriprofessionnelles. Le second objectif est d'évaluer son impact sur les patients diabétiques de la MSP par le biais d'une étude quantitative descriptive par questionnaire.

2 PREMIÈRE PARTIE : L'ÉLABORATION D'UNE ACTION DE PRÉVENTION A LA MSP AIZENAY

La première partie de cette thèse est descriptive par le biais de recueils d'informations (lecture des comptes rendu de réunions, des documents officiels), d'observation des réunions et par des échanges avec les membres de l'équipe. Elle a pour but de décrire toutes les étapes de l'élaboration d'une première action de prévention : du projet de santé à l'évaluation de l'action, en passant par le vécu de l'équipe pour inciter et donner des pistes d'aide à la réalisation d'action de prévention. En sachant bien sûr que ce n'est qu'un exemple, le fonctionnement au sein de chaque MSP étant très différent.

2.1 LE CONTEXTE

Aizenay est une ville située dans le département de la Vendée, dans la région Pays de la Loire, à 15 kilomètres de la Roche-sur-Yon, chef-lieu du département.

En 2014, elle comptait environ 9000 habitants avec une croissance démographique forte puisque de 2009 à 2014 l'effectif de la population a augmenté de 13,2% (20). Les patients de la MSP viennent essentiellement d'Aizenay mais aussi des villes aux alentours comme Maché, La Chapelle Palluau, Coëx, et Beaulieu-Sous-La-Roche.

Au moment du projet de MSP, la population médicale et paramédicale dans la région d'Aizenay et des alentours se composait d'environ 50 professionnels de santé.

2.2 LA MSP D'AIZENAY

Elle a ouvert ses portes en novembre 2013, 23 professionnels de santé ont intégré initialement la MSP : 7 médecins généralistes, 2 chirurgiens-dentistes, 1 orthophoniste, 1 psychologue, 1 psychomotricienne, 1 diététicienne, 2 podologues, 1 ophtalmologue, 2 cabinets infirmiers comprenant 7 infirmières.

C'est une structure spacieuse répartie sur 2 étages, le rez-de-chaussée avec les bureaux des médecins généralistes et une grande salle de réunion, et le premier étage avec les bureaux des autres professionnels.

C'était la première MSP de cette envergure en Vendée.

Tous les acteurs du territoire (professionnels de santé et collectivités locales) s'étaient réunis environ 3 ans avant la construction pour évaluer la motivation de chacun et les freins ou réticences éventuels à sa création.

C'est la mairie qui a incité les professionnels à se regrouper en MSP, même s'il n'y avait pas alors de problème de démographie médicale ou paramédicale. Mais le maire s'inquiétait de l'âge des professionnels de santé dans sa ville (la moitié devant partir à la retraite dans les 10 ans) et la MSP apparaissait alors comme une solution préventive pour attirer des jeunes professionnels.

La commune avait fourni le terrain mais ne souhaitait pas financer le bâtiment, c'est un bailleur social, Vendée Habitat, qui a été sollicité pour financer les murs de la MSP. Les professionnels de santé sont locataires de la structure.

2.3 LE PROJET DE SANTE

Pour être reconnue comme une MSP, l'équipe devait soumettre un projet de santé à l'ARS de sa région. Le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant aux soins, ce qui distingue une maison de santé d'un simple regroupement de professionnel ou cabinet de groupe qui ne signent pas de projet de santé. Il a pour finalité de formaliser quels sont les objectifs communs des professionnels en terme de service rendu à la population. Il fallait pour cela établir au préalable un diagnostic des besoins du territoire concerné.

Le projet de santé doit contenir selon un circulaire de la direction générale de l'offre de soins de juillet 2010 (21) : l'organisation de la pluriprofessionnalité, la modalité d'accès aux soins, la continuité des soins, les missions et activités de la structure (partage d'informations, prévention, éducation thérapeutique), l'accueil d'étudiant ...

Il doit être signé par l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure, il est modifiable et évolue avec la maison de santé.

Il permet s'il répond au cahier des charges d'avoir un soutien financier par l'ARS : une aide financière à l'investissement et une aide au fonctionnement.

L'écriture de ce projet de santé, qui a eu lieu en amont de la construction du bâtiment, leur paraissait abstraite, ils se sont alors faits aider par un médecin et une IDE de la MSA qui ont été missionnés par l'ARS. Dans ce projet de santé, ils se sont engagés à monter des actions de santé cohérentes avec leur bassin de population, 3 actions de santé ou contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été signés : sur le diabète, les troubles de l'apprentissage et les plaies chroniques. Ce projet de santé ainsi que les actions de santé ont été validés par l'ARS qui leur a attribué des fonds qui ont permis de diminuer le coût de la construction et ainsi les loyers pour les professionnels.

2.4 L'ACTION SANTE DIABETE

2.4.1 Le thème : le diabète

Le choix du thème pour cette première action de prévention a été rapide. Les professionnels de la MSP, suite à un appel à projet de l'ARS, ont décidé de traiter d'une maladie chronique. Pour ce premier projet, ils souhaitaient que tous les professionnels de la MSP y participent, afin d'apprendre à se connaître et de créer un esprit de groupe.

Le choix s'est alors porté sur le diabète : c'est une maladie chronique qui rassemble de nombreux professionnels de santé, elle est très fréquente et peut entraîner de graves complications, altérant la qualité de vie de ces patients. C'est un véritable enjeu de santé publique.

La prévalence du diabète en France traité pharmacologiquement a été estimée à 4,6% en 2012 et a été actualisée à 5 % en 2015, soit plus de 3,3 millions de personnes. Une augmentation de la prévalence

a été enregistrée depuis 2000, toutefois cette progression enregistre un ralentissement depuis 2010 (22). D'après des données de l'INVS de 2013, sa prévalence est moindre en Pays de la Loire puisqu'elle était de 3,82% (23). Le diabète de type 2 est largement prépondérant, il représente 92% des types de diabète.

Le coût du diabète en France a été estimé à 9 milliards d'euros en 2013, la majorité des dépenses étant liées aux conséquences des complications (24).

En effet, l'hyperglycémie chronique provoquée par le diabète peut entraîner de multiples complications vasculaires:

- les complications microvasculaires (la rétinopathie, la néphropathie, la neuropathie),
- les complications macrovasculaires (la coronaropathie, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, l'accident vasculaire cérébral)

Le risque cardio-vasculaire étant la principale cause de morbi-mortalité de la maladie.

Ces complications sont d'évolution progressive, d'autant plus insidieuses qu'elles restent longtemps asymptomatiques et leur survenue est en partie conditionnée par la qualité de la prise en charge.

C'est donc une pathologie pour laquelle la prévention qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire a toute sa place et est même essentielle. C'est d'ailleurs pour cela que le diabète est un des thèmes les plus représentés en matière de prévention.

2.4.2 La formation

Pour pouvoir mener à bien ce projet, les professionnels de santé ont ressenti le besoin de se former.

Ainsi, 2 médecins généralistes ont fait une formation médicale continue sur le management d'une durée de 4 jours, pour acquérir des compétences dans le domaine d'action en santé publique et pour apprendre à coordonner ces actions de santé : mener une réunion, distribuer les tâches, gérer l'enveloppe budgétaire, s'inspirer de schémas d'action en santé publique déjà établis dans des MSP ...

D'autres professionnels de la MSP ont participé à des réunions de regroupements de MSP organisées par l'APMSL-PDL qui est un appui associatif institutionnel. L'APMSL-PDL organise régulièrement des formations en ce qui concerne l'aide à l'installation en MSP, les actions de prévention, l'éducation thérapeutique, l'aide à l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels... Les professionnels participants étaient très satisfaits de ces formations.

Certains professionnels se sont également rendus à l'IREPS où ils ont assisté à des réunions et échangé autour des différents outils potentiels. L'IREPS met à disposition une pédagogie avec des outils d'intervention qui peuvent aider ou donner des idées aux professionnels de santé.

2.4.3 Les objectifs de ce projet

Les objectifs de cette action de prévention étaient :

- Faire participer le maximum de professionnels de santé de la MSP pour s'investir dans un projet commun autour de la prévention et apprendre à travailler ensemble.
- Entamer un dialogue et une réflexion entre les patients diabétiques et les professionnels de santé autour de leur maladie.

- Sensibiliser la population diabétique à l'importance d'un suivi pluridisciplinaire afin de prévenir les complications de la maladie.

2.4.4 La mise en place en pratique

2.4.4.1 *Le cadre*

Le chef de projet de cette action santé que nous nommerons également pilote était un des médecins généralistes de la MSP.

La participation à cette action santé était basée sur le volontariat. Toutes les professions ont collaboré à ce projet mais pas forcément toutes les personnes, par exemple dans un des deux cabinets d'infirmières, elles se partageaient les actions santé, 2 sur les 4 ont participé à celle-ci.

Le pilote communiquait avec l'ensemble des participants par mails et la construction du projet s'est déroulée par le biais de réunions interprofessionnelles le soir, dans la salle dédiée de la MSP. La durée était fixée à environ une heure, la fréquence n'était pas régulière, c'était en fonction de l'avancement du travail.

Le pilote avait la volonté de ne pas se noyer dans trop de réunions. Avant chacune d'entre elles, un plan de la séance et des objectifs précis étaient fixés et rappelés au début de celle-ci. Au cours de la réunion, la parole était libre et tournait, avec parfois quelques rappels sur les objectifs de la part du pilote.

Il y avait environ 15 participants à chaque fois, certains toujours présents et d'autres seulement à certaines réunions selon leur disponibilité ou leur degré d'intérêt. Après chacune d'entre elles, un compte rendu était rédigé et envoyé à l'ensemble des participants.

En tout il y eut 4 réunions entre mai 2014 et novembre 2014, soit une durée de 5 heures environ, auxquelles il faut rajouter les différentes rencontres avec les partenaires de l'action santé (ARS, Réseau Vendée Diabète, graphiste, imprimeur).

2.4.4.2 *L'outil : l'affichage en salle d'attente*

Lors de la première réunion entre les professionnels de la MSP, chacun a parlé librement de la place du diabète dans sa profession. Puis ils ont réfléchi sur l'outil qu'ils voulaient utiliser, rapidement l'idée de l'affichage en salle d'attente s'est imposée car ils voulaient quelque chose de simple au niveau technique pour une première expérience et un outil qui soit commun à tous. Les patients qui viennent à la maison de santé passent par l'accueil, puis les couloirs et les salles d'attentes qui sont multiples ici dans cette grande structure. L'équipe a considéré intéressant d'exploiter ces espaces là et ce temps d'attente pour informer, sensibiliser et faire réagir les patients sur le diabète.

Ils ont également décidé de faire passer des messages différents sur chaque affiche de chaque salle d'attente pour mettre en avant les spécificités de leur profession dans le suivi du diabète.

Cette première réunion a été la plus compliquée, car ils n'étaient pas habitués à travailler en groupe. Ils se connaissaient peu pour certains. Il leur fallait trouver leur place. La réunion était désorganisée, chacun parlant en même temps, il a fallu rappeler le thème et les objectifs plusieurs fois pour pouvoir avancer.

2.4.4.3 Les textes

Ensuite, la consigne était de réfléchir à 3 messages simples et concis autour du diabète et en lien avec les professions représentées, pouvant faire l'objet d'un affichage dans les salles d'attentes respectives. Chacun a proposé plusieurs messages correspondants à sa profession, par exemple pour la diététicienne : « J'évite les grignotages, j'améliore mon diabète » ; « alimentation équilibrée améliore le diabète » ; « je reconnais les sucres cachés » ; « activité physique régulière, baisse du diabète ».

Au total, 34 messages ont été ainsi proposés. Les thèmes étaient variables : l'alimentation, l'exercice physique, les antécédents familiaux, les symptômes, l'hémoglobine glyquée, les organes cibles (pieds, cœur, yeux), le déséquilibre de la maladie, la compréhension du traitement.

Ils ont choisi de les écrire à la première personne du singulier pour que les patients se sentent plus concernés. Une autre de leur volonté était de véhiculer des messages positifs qui amènent à la réflexion plutôt que des injonctions ou des culpabilisations.

2.4.4.4 Le format

C'est lors d'une réunion suivante qu'ils se sont mis d'accord en votant pour choisir un message par affiche de chaque salle d'attente. Pour les salles d'attente un format A3 a été choisi. Puis ils ont décidé de créer un autre support, une très grande affiche cartonnée (d'une hauteur de 1,80m) regroupant tous les différents messages et qui serait présente au niveau de l'accueil de la MSP mais aussi à l'entrée de l'étage, qu'ils nommeront totem.

2.4.4.5 Les illustrations et l'impression

La première idée d'illustration était de représenter sur chaque affiche de chaque salle d'attente une pièce de puzzle différente avec à l'intérieur le message sélectionné par profession ; et pour le totem un bonhomme type «pain d'épice» regroupant tous les messages sous forme de pièces de puzzle.

Les dernières réunions étaient plus techniques, deux membres de l'action santé qui avaient démarché les graphistes auparavant ont présenté les différents devis et les maquettes qu'ils proposaient. Un des graphistes a proposé des affiches avec en toile de fond du sable (en référence avec la proximité de la mer). C'est finalement celles-ci qui ont été choisies par rapport à l'idée initiale du « puzzle » que proposait un autre graphiste suite à leur demande, notamment car ils ont été séduits par l'idée du sable et car le prix était plus concurrentiel.

Lors de ces dernières réunions, était évoqué également le mode de partage de l'enveloppe fournie par l'ARS.

Ce travail s'est déroulé sur une période totale de 10 mois entre la première réunion et la diffusion des affiches.

2.4.5 Les affiches finales

Au final, ce sont 9 affiches différentes (annexe 2) et 2 totems (annexe 1) identiques qui ont été créés.

Tous ont le même fond, du sable, dans lequel est dessinée une empreinte qui illustre le message. En bas de l'affiche, on retrouve une autre image illustrant également le message et parfois la profession qui s'y réfère (par exemple, une brosse à dents et des dents pour les chirurgiens-dentistes). Les textes sont de couleur blanche, les mots clefs sont mis en relief. On retrouve également sur les affiches 2 logos, celui de la MSP et celui de l'ARS.

Le totem a le même fond, l’empreinte dans le sable représente un grand bonhomme dessiné à la manière d’un enfant, à travers lequel les différentes parties du corps peuvent symboliser les différentes professions. Son titre est « Diabétique » et l’on y retrouve les 9 différents textes et images des affiches, ainsi que les 2 logos.

Les affiches sont destinées en premier lieu à une population ciblée que sont tous les diabétiques (que ce soit de type 1 ou 2) pour une prévention secondaire ou tertiaire. Mais elle s’adresse aussi plus largement à tous les patients afin d’amener à un questionnement et un dialogue autour du diabète.

2.5 LES PARTENAIRES

Tout d’abord, L’ARS des Pays de la Loire qui a aidé les professionnels dans l’élaboration du projet de santé et a financé l’action santé par le biais d’un CPOM.

Ensuite, le Réseau Vendée diabète, qui a été créé en 2008 et qui délivre des formations et un programme d’éducation thérapeutique sur l’ensemble du département. Au cours de l’action santé, ils ont été sollicités pour réaliser une mise à niveau sur le diabète pour les professionnels de santé intéressés, sous forme de cours (7 heures) animés par le Dr Fradet, endocrinologue au CHD de la Roche-sur-Yon, une IDE et une diététicienne du réseau, au cours du mois de septembre 2014. Les différents messages des affiches ont été également validés par le Dr Fradet.

2.6 LE FINANCEMENT

2.6.1 La SISA

Pour bénéficier d’aides publiques, il a fallu obligatoirement pour les professionnels de la MSP mettre en place un nouveau statut juridique : la SISA qui existe depuis la loi du 10 août 2011 (nouvel article de la loi HSPT de 2009) et l’essor des MSP (25). Elle permet aux professionnels de santé libéraux exerçant en MSP ou en pôle de santé de pouvoir recevoir des fonds publics et les redistribuer entre ses membres.

Pour réaliser une SISA, il faut au moins deux médecins et un auxiliaire médical au sein d’une MSP. Pour la MSP d’Aizenay, elle a été finalisée en juin 2015 (pour les fonds de 2014 il n’y avait pas encore d’obligation d’une SISA finalisée) et a été réalisée à l’aide d’un expert-comptable.

2.6.2 Les moyens de financement des actions de prévention

La rémunération à l’acte ne valorise pas l’exercice collaboratif, il était nécessaire de trouver des solutions à ces nouveaux modes de fonctionnement des soins primaires.

Il existe plusieurs moyens de financement possibles pour la prévention en MSP :

- les NMR
- les CPOM : Les MSP répondant au cahier des charges de la Direction Général de l’Offre de Soins peuvent bénéficier de dotations dans le cadre d’un CPOM, ce sont des enveloppes distribuées par l’ARS de la région par action de santé. Ces dotations ne sont pas spécifiques aux MSP.
- des organismes privés : les mutuelles et surtout la MSA, les laboratoires

2.6.3 Les NMR

Un arrêté des ministres de la Santé et des Comptes publics, publié le 5 août 2017 au Journal officiel valide l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux modes de rémunérations des MSP (26). Cet accord a été conclu au printemps dernier, il pérennise et revalorise les NMR, expérimentés en 2008 puis généralisés en 2015 par règlement arbitral.

Ils permettent aux professionnels de percevoir un forfait en plus des paiements à l'acte lorsque la structure répond à des critères bien précis qui sont définis autour de 3 axes :

- l'accès aux soins (horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés, l'accueil de spécialistes de second recours, la réalisation d'actions de santé publique...)
- le travail en équipe / la coordination (création de protocoles pluriprofessionnels, formation des jeunes professionnels, concertation sur les dossiers de cas complexe, coordination extérieure avec les autres structures de soins...)
- le développement des systèmes d'information partagés et labellisés permettant de prendre en charge le patient de façon pluriprofessionnelle

La rémunération est annuelle et est fonction de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements, avec un nombre de points attribués pour chaque indicateur. Une partie de la rémunération est variable suivant le nombre de patients suivis dans la structure ou suivant le taux de précarité de la structure.

Fin 2016, 437 structures avaient rejoint le dispositif soit près de 50% des MSP (27).

2.6.4 Le financement de l'action santé diabète

Pour l'action de santé diabète, l'enveloppe budgétaire était accordée par l'ARS dans le cadre d'un CPOM signé entre l'ARS et la MSP. Son montant était de 8000 euros. La MSP n'avait pas encore entamé de démarches pour pouvoir bénéficier des NMR.

Au début, les professionnels ne savaient pas comment utiliser cette enveloppe, ils se sont alors renseignés auprès d'autres MSP. Il y a plusieurs façons de la répartir, ils s'étaient mis d'accord sur cette modalité-ci pour cette première action : une partie de l'enveloppe était pour le graphiste et le travail d'impression des affiches et le reste était distribué aux professionnels en fonction du temps passé (le nombre d'heures passées en réunion par participant) avec une majoration pour le pilote afin d'encourager les professionnels à mener un projet (ici entre 300 et 400 euros).

2.7 LE VECU DES PROFESSIONNELS

Je me suis entretenue avec 7 d'entre eux (2 médecins généralistes, un chirurgien-dentiste, une diététicienne, une podologue, 2 infirmières) après que les affiches soient mises en place, pour avoir leur retour sur cette première expérience d'action collective. Nous avons retranscrit les principaux points de ces échanges.

2.7.1 L'intégration dans la MSP

5 d'entre eux exerçaient déjà sur Aizenay avant la MSP : un des médecins, le chirurgien-dentiste et une IDE travaillaient dans la même structure et l'autre IDE dans un autre local. La podologue était dans un cabinet seul. La diététicienne et un des médecins étaient des nouveaux professionnels à Aizenay et ont spécifiquement choisi de travailler en MSP « Faire des consultations toute la semaine ça ne me convenait pas, il me fallait autre chose ». Au départ, un des cabinets d'IDE ne ressentait « pas le besoin d'intégrer MSP mais on a suivi les médecins ».

2.7.2 Les actions santé

Seul un des médecins avait déjà participé à des actions de prévention. Le thème du diabète faisait l'unanimité car « on voit tous beaucoup de diabétiques » et c'est un thème « à la mode » ; ils trouvaient que c'était important de faire de la prévention pour le diabète car c'est « une maladie silencieuse, parfois ils ne sentent pas malades et n'ont pas envie de faire d'efforts ».

2.7.3 La mise en place pratique

Pour l'équipe « le chef de projet a pris les choses en main, on se laissait guider » ce qui leur convenait très bien « il y a des gens plus moteurs ».

Ils ont, pour la plupart, participé à toutes les réunions. Leurs rôles consistaient à participer aux choix des textes, du support, des illustrations, puis il y avait une décision collégiale. Certains attendaient avec impatience les prochaines réunions, les prochains mails, il y avait beaucoup d'enthousiasme.

2.7.4 L'interprofessionnalité

Ce travail pluridisciplinaire leur a permis d'avoir conscience du travail des autres professions (« les dents pour un diabétique c'est important ! »). Ils ont noté par la suite plus d'échanges, plus de confraternité. Ils avaient dès lors l'impression de faire partie d'une vraie « équipe » et non plus simplement d'être des collègues qui partagent des locaux.

Elle a permis pour certains de « remettre en question sa façon de travailler », de « sortir du traintrain quotidien, de la routine » « C'est pour moi une évidence, c'est la normalité maintenant de travailler ainsi »

2.7.5 Les résultats

Le chef de projet rappelait que « L'objectif était assez humble, et même si l'outil n'est pas très performant, il faut bien sûr le savoir et le perfectionner mais l'objectif principal de travailler ensemble est atteint »

Ils étaient satisfaits d'avoir travaillé ensemble et d'avoir fait naître un outil dont ils étaient fiers du résultat, « c'est gratifiant, valorisant » et « en plus le rendu est beau ». Le retour spontané de quelques patients a majoré cette satisfaction.

Cette action santé a permis d'acquérir de l'expérience dans le travail de coordinateur pour le pilote et a conforté certains dans le choix de leur mode d'exercice en MSP. C'était un « bon premier projet qui a donné envie d'en faire d'autres »

2.7.6 Les difficultés et les freins

Les professionnels soulignaient un manque de connaissances en ce qui concerne l'organisation et la méthodologie.

Le démarrage de l'action semblait avoir été le plus compliqué : travailler ensemble, créer une ambiance de travail, trouver sa place au sein de l'équipe. Le fait d'être nombreux n'a pas toujours été évident pour se mettre d'accord et prendre des décisions.

Le frein majeur qui ressortait était celui du temps et de l'investissement que cela demande. Pour un des professionnels : les soins des patients et la vie familiale sont prioritaires, « les actions santé sont secondaires ».

Il y avait parfois une lassitude des réunions « il y a le totem qui nous rappelle qu'il y a une énième réunion » et une « peur de la réunionite ». Il émergeait également une peur qu'au fur et à mesure des années la motivation baisse, qu'il n'y ait plus assez d'idées.

2.7.7 Les points positifs

Ils se sont sentis bien accompagnés par l'ARS et la MSA, il y avait une bonne relation qui s'est instaurée avec l'ARS.

La remise à niveau des connaissances par le réseau Vendée diabète, leur a été à tous profitable, car c'était très concret.

Le fait de se voir régulièrement a permis d'échanger autour de leurs patients diabétiques, et de faire avancer leur prise en charge plus rapidement qu'auparavant. Pour eux, « Il y a un côté très rassurant pour les patients, de voir qu'on s'entend bien et qu'on communique entre nous ». Par ailleurs, depuis cette action santé, ils font preuve de plus de prévention auprès des diabétiques, même en dehors de leur domaine présumé de compétences : ils s'intéressent à leur Hba1c, à leur régime alimentaire...

Ils trouvaient tous qu'il y a une bonne entente entre les professionnels et que c'était une chance. Il y avait un « respect des différences et des métiers de chacun ».

La rémunération apparaissait comme un atout mais pas un moteur « on n'a pas fait ça pour ça mais c'est un point positif et surtout nécessaire pour que ça se pérennise », « quand on est libéral, le bénévolat on a l'habitude ».

2.8 L'EVALUATION

L'évaluation des actions de santé permet d'avoir un retour sur le travail effectué, de valoriser ce qui a été fait, ou de justifier les financements. Elle va permettre également de perfectionner le projet et donner des pistes d'amélioration pour les prochains.

Elle peut être difficile à mettre en place dans une MSP, par manque de temps mais aussi d'indépendance de la part des professionnels de santé. Ils peuvent s'aider d'indicateurs indirects comme le nombre de participants à une réunion d'informations, les déclarations des patients ...

Ici nous avons décidé de l'évaluer du côté des patients cibles, après réflexion, nous avons choisi la méthode quantitative.

3 DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

3.1 MATERIELS ET METHODES

3.1.1 Type d'étude

Pour répondre à l'objectif qui était d'évaluer l'impact de la campagne de prévention sur les patients diabétiques de la MSP d'Aizenay, notre choix s'est porté sur une étude quantitative descriptive et transversale à l'aide d'un questionnaire.

3.1.2 Lieu d'étude

L'étude a eu lieu au sein de la MSP d'Aizenay située en Vendée.

3.1.3 Population incluse

Tout patient diabétique consultant un des professionnels de santé de la MSP d'Aizenay au sein de la structure pouvait être inclus sans critères d'âges.

Les patients diabétiques dont les soins étaient uniquement délivrés à leur domicile ont été exclus car ils n'avaient pas la possibilité de voir la campagne de prévention.

L'autre critère d'exclusion était la présence de troubles cognitifs ne permettant pas de répondre correctement au questionnaire.

3.1.4 Mise en place des affiches

9 affiches différentes au format A3 et un grand support cartonné nommé totem ont été créés par l'équipe. Ce sont des affiches de prévention secondaire (voire tertiaire en fonction du stade la maladie) et ciblées aux patients diabétiques. Elles ont un fond et une forme communes mais diffèrent par le message qui y est inscrit et qui est propre à chaque profession présente dans la MSP.

Une seule affiche a été placée dans chaque salle d'attente, celle correspondant au professionnel. Le choix de son emplacement était laissé au professionnel à qui appartenait cette salle d'attente : derrière la porte du cabinet, sur un mur, sur un tableau... Parfois, c'était la seule affiche présente, le plus souvent elle en côtoyait d'autres mais dont le nombre a été volontairement restreint pour laisser une bonne visibilité à nos affiches.

Le totem a été placé au niveau de l'entrée du rez-de-chaussée et également au niveau de l'entrée de l'étage, de manière à ce qu'il soit le plus visible possible.

L'affichage a débuté en avril 2015.

3.1.5 Elaboration du questionnaire

Pour l'élaboration du questionnaire, j'ai lu différents ouvrages (28) (29) et je me suis inspirée d'autres travaux de thèse (30) (31).

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire court afin de ne pas décourager à la participation de cette étude.

Une première version a été élaborée et envoyée par mail à un membre du DMG qui a apporté quelques corrections et conseils, comme le fait de diminuer le nombre de questions et de faire un recto verso.

Il a été ensuite testé sur 6 patients en juin 2015 par 3 professionnels de la MSP. A l'issue de ces tests, nous nous sommes réunis pour avoir les remarques de ces patients et des professionnels. Ce pré-test a permis d'améliorer certains points du questionnaire, en particulier la formulation des questions, la possibilité de laisser un choix « autre » pour certaines questions, la clarté de certains mots, et l'attractivité du questionnaire. Il a aussi permis de vérifier la compréhension de chaque question.

La version définitive du questionnaire (annexe 1) comprenait 22 questions.

Il y avait 19 questions fermées qui étaient dichotomiques ou à choix multiples ; avec des réponses uniques ou multiples. Il y avait 5 questions « facultatives » qui étaient à compléter en fonction de la réponse apportée à la question filtre précédente (« oui » ou « non »).

Plusieurs questions utilisaient une échelle qualitative ordinale de type Likert (échelle de satisfaction ou de jugement) permettant 4 modalités de réponses, par exemple : « inutile », « peu utile », « utile », « très utile ».

Il comprenait 3 questions ouvertes qui laissaient au patient la possibilité de s'exprimer.

Le questionnaire comportait 5 parties :

- La première partie interrogeait les patients sur des éléments sociodémographiques : l'âge, le sexe et la profession
- La deuxième partie concernait leur diabète : sa durée, les éventuelles formations reçues et les professionnels consultés dans la MSP
- La troisième partie concernait les affiches en elles-mêmes et leur visibilité
- La quatrième partie se concentrait sur les messages inscrits sur les affiches : leur clarté, le patient pouvait choisir lequel lui paraissait le plus important, surprenant ou celui qui nécessitait plus d'informations
- La cinquième partie évaluait la satisfaction et l'impact des affiches sur le patient et son diabète

Les patients avaient la possibilité de laisser un commentaire libre à la fin du questionnaire.

Le questionnaire était anonyme et était accompagné d'une notice explicative (annexe 2)

3.1.6 Administration et recueil du questionnaire

Une vingtaine de questionnaires a été distribués à chaque professionnel de santé de la MSP et des exemplaires supplémentaires étaient disponibles au secrétariat médical si besoin.

Le professionnel de santé devait distribuer à chaque patient diabétique qu'il voyait après sa consultation ou son soin le questionnaire, laissant le plus souvent le patient le remplir dans sa salle d'attente, celui-ci pouvait donc observer l'affiche qui y était présente s'il ne l'avait pas remarqué auparavant.

Le patient devait ensuite déposer son questionnaire, une fois rempli, dans un bac dédié présent au niveau du secrétariat des médecins généralistes, au rez-de-chaussée de la MSP.

Les questionnaires ont été recueillis entre fin juillet et début décembre 2015.

3.1.7 Analyse des données

Les réponses ont été codées et intégrées manuellement dans un tableur Excel 2013, les informations ont été exprimées en nombre et en pourcentage sauf pour les questions ouvertes qui ont été classées par thème, comme par exemple la profession en catégorie socio-professionnelle.

Une analyse comparative de quelques données, qui nous paraissaient intéressantes, a été réalisée à l'aide du site internet BiostaTGV.fr. Les méthodes d'analyses ont consisté en la réalisation de pourcentages et de moyennes et l'utilisation des tests de χ^2 ou du test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5 pour la comparaison des variables qualitatives et du test de Student pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité retenu était $p \leq 0,05$.

3.2 RESULTATS

Nous avons recueillis 95 questionnaires entre fin juillet et début décembre 2015.

91 questionnaires ont été inclus dans l'étude ; les 4 questionnaires exclus sont liés à un trop grand nombre de données manquantes dont l'âge.

3.2.1 Données épidémiologiques de l'échantillon :

3.2.1.1 Le sexe

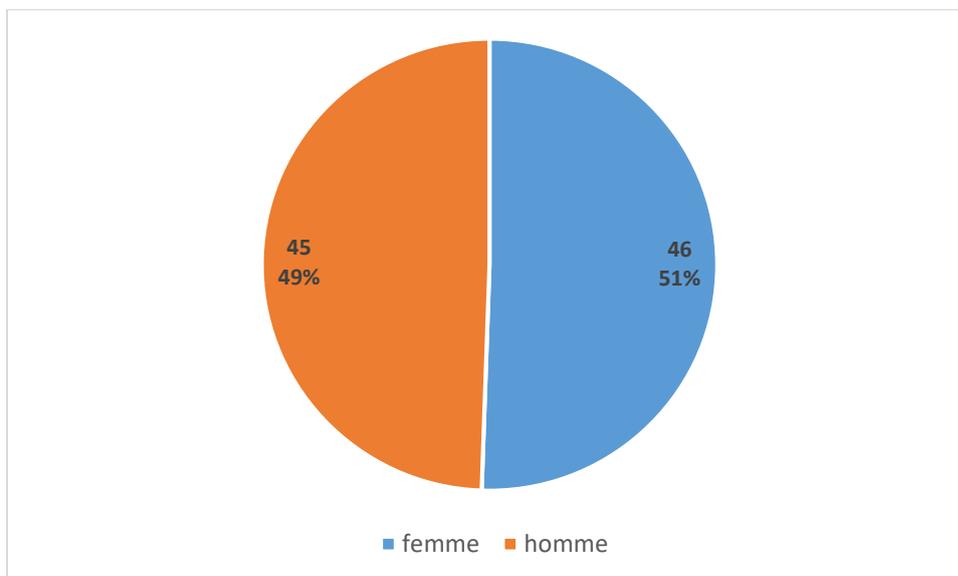


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

L'échantillon comprend 49% de femmes et 51% d'hommes.

3.2.1.2 L'âge

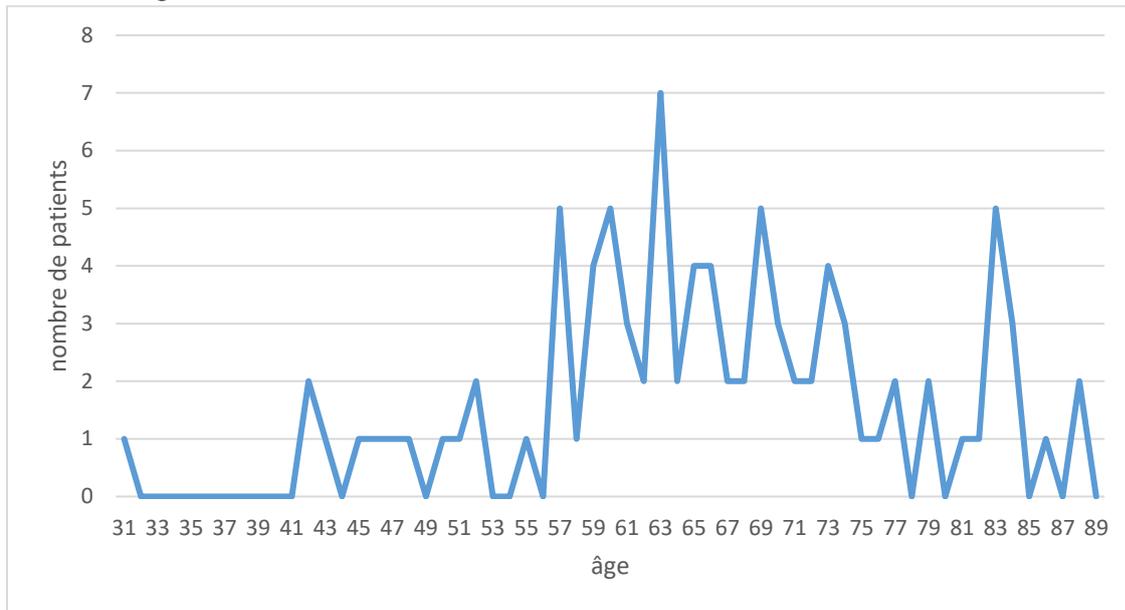


Figure 3: Répartition de l'échantillon selon l'âge

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 65,6 ans et la médiane est de 65 ans avec des extrêmes d'âge allant de 31 à 88 ans.

3.2.1.3 La catégorie socio-professionnelle

8 patients n'ont pas répondu à cette question et ont été exclus.

Sur les 83 patients inclus, 51 sont retraités soit 61,4% de l'échantillon. Chaque profession a été classée selon la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles 2003 de l'INSEE (32).

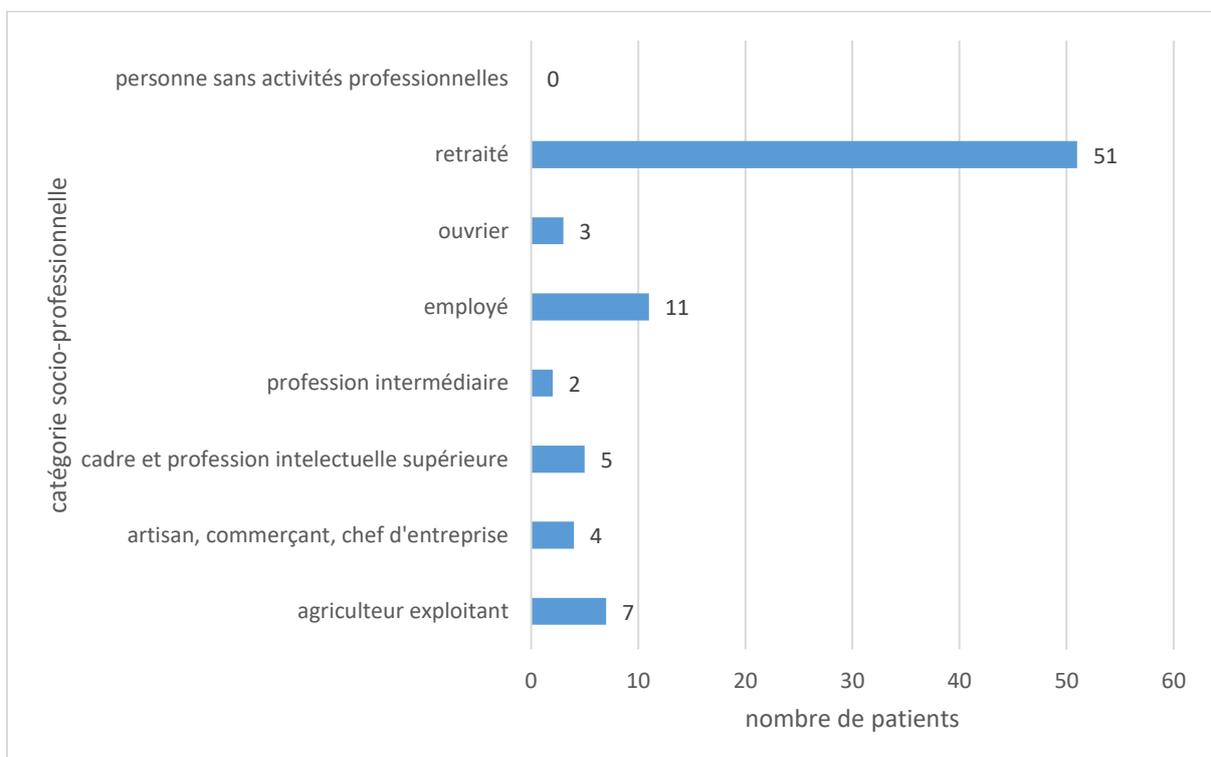


Figure 4 : Répartition de l'échantillon suivant la catégorie socio-professionnelle

3.2.2 Leur diabète

3.2.2.1 La durée du diabète

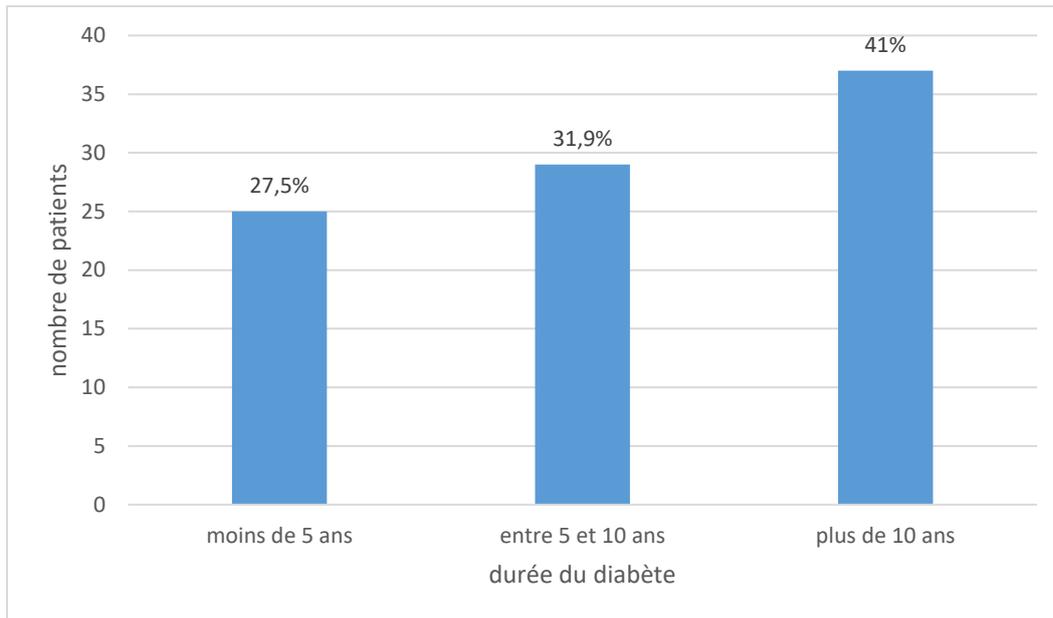


Figure 5 : Depuis quand êtes-vous diabétique ?

25 patients ont un diabète depuis moins de 5 ans, 29 entre 5 et 10 ans et 37 depuis plus de 10 ans.

3.2.2.2 La formation sur le diabète

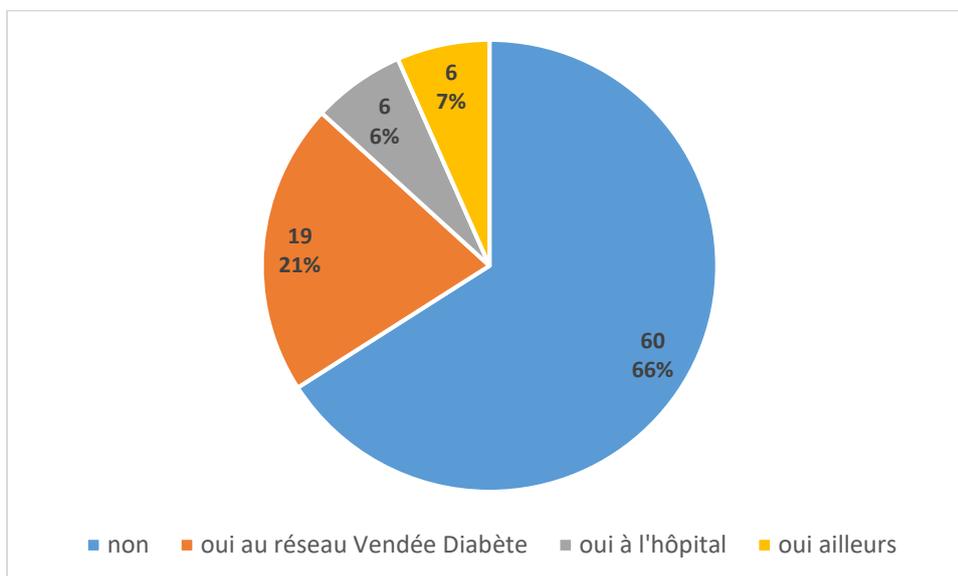


Figure 6 : Avez-vous déjà bénéficié de formation(s) sur le diabète ?

34 % des patients interrogés ont déjà eu une formation sur le diabète, la plupart grâce au Réseau Vendée Diabète.

3.2.2.3 Les professionnels de santé consultés à la MSP pour le diabète

Les patients de l'échantillon consultent entre 1 et 6 professionnels différents pour leur diabète, avec une moyenne de 2,45 professionnels.

Professionnel consulté	N(%)
Médecin généraliste	87 (96%)
Infirmier	35 (39%)
Dentiste	27 (30%)
Psychologue	2 (2%)
Diététicien	4 (4 %)
Podologue	36 (40%)
Ophthalmologue	29 (32%)
Psychomotricien	0
Orthophoniste	1 (1%)

Tableau 1 : Les professionnels de santé consultés pour le diabète dans la MSP

Sur les 25 patients consultant un seul professionnel de santé, 23 ont consulté le médecin généraliste soit 92%, les 2 autres professions étant le podologue et le dentiste.

3.2.3 Les affiches

3.2.3.1 La visibilité

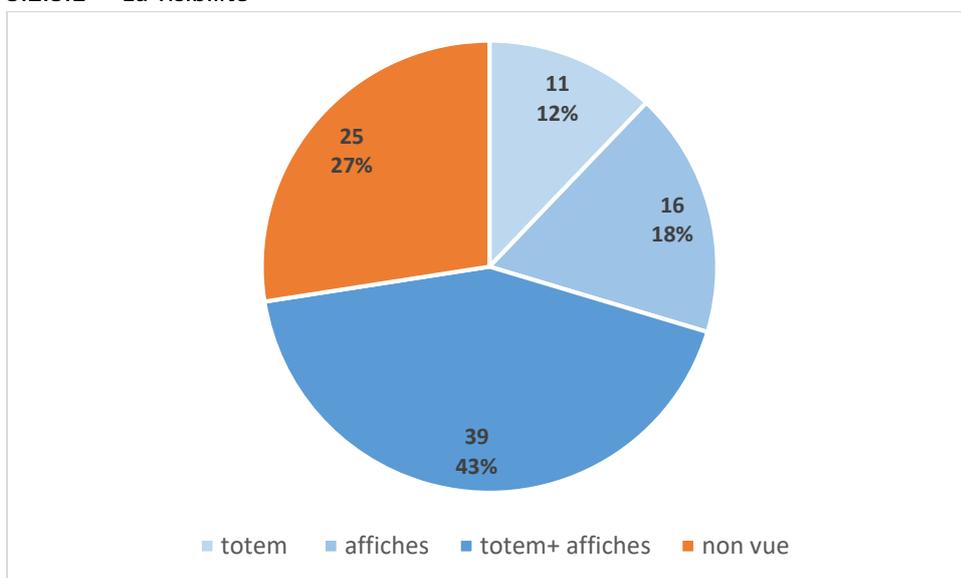


Figure 7 : Avez-vous vu la campagne de prévention sur le diabète ?

73 % des personnes interrogées soit 66 personnes ont vu un des éléments (affiche ou totem). La majorité d'entre elles, 39 soit 43 % ont à la fois vu le totem et les affiches.

25 patients (27%) n'ont vu ni les affiches ni le totem. Les raisons évoquées sont :

- l'emplacement peu visible pour 7 d'entre eux
- la couleur pour 1
- la taille de l'affiche pour 3

- l'illustration pour 1
- Dans la partie rédactionnelle « autre » d'autres patients ont répondu : « pas fait attention » plusieurs fois, « habitude de rentrer sans regarder », « problème de vue » ...

Comparaison par rapport au sexe :

	Femmes (n=46)	Hommes (n=45)	Test de Khi-Deux p-value
Vu (n=66)	37	29	0,09
Non vu (n=25)	9	16	

Tableau 2 : Comparaison de la visibilité des affiches par rapport au sexe

80% des femmes et 64% des hommes ont vu les affiches mais cette différence n'est pas significative

Comparaison par rapport à l'âge :

	30-40ans (n=1)	40-50 ans (n=7)	50-60 ans (n=15)	60-70ans (n= 36)	70-80ans (n=20)	80-90 ans (n=12)	Test de Fisher p-value
Vu (n=66)	1	5	13	25	16	6	0,35
Non vu (n=25)	0	2	2	11	4	6	

Tableau 3 : Comparaison de la visibilité des affiches par rapport à l'âge

La moyenne d'âge du groupe ayant remarqué la campagne de prévention est de 64,7 ans contre 68,4 ans pour le groupe des patients n'ayant pas remarqué la campagne.

3.2.3.2 Le nombre d'affiche(s) vue(s)

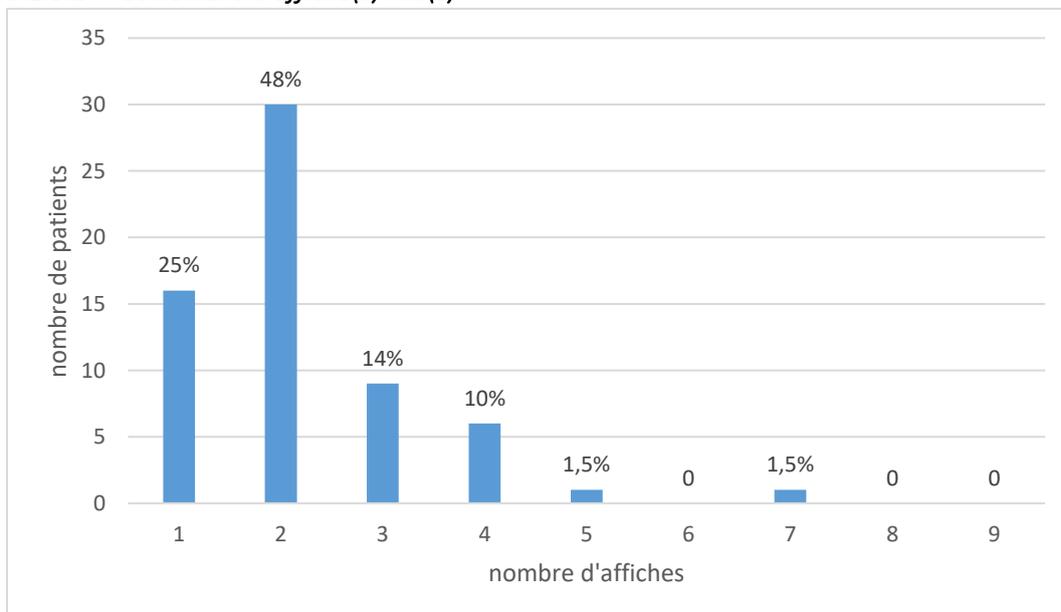


Figure 8 : Nombre d'affiches différentes vues par les patients

Dans cette question, 63 patients ont déclaré avoir vu au moins une affiche. Parmi eux, la moyenne est de 2,04 affiches différentes vues. Ils ont essentiellement remarqué entre 1 et 4 affiches différentes avec un nombre maximum qui était de 7.

3.2.4 Les messages

3.2.4.1 La clarté

Un seul patient n'a pas répondu à cette question et a été exclu, l'échantillon pour cette question est donc de 90 patients.

Les messages inscrits sur les affiches paraissent clairs pour 88 patients soit 97,8% de l'échantillon.

3.2.4.2 Le contenu

Les questions →	Quel est le message qui vous paraît le plus important ?	Quel est le message qui vous a le plus surpris ?	Sur le(s)quel(s) aimeriez-vous plus d'informations ?
Les différents messages ↓	N (%)	N (%)	N (%)
1. J'équilibre mon diabète en brossant mes dents et mes gencives	3 (3,4%)	30 (48,4%)	5 (7,4%)
2. Je préviens les risques du diabète en prenant soin de mes pieds	5 (5,7%)	7 (11,3%)	6 (8,6%)
3. Je contrôle l'hémoglobine glyquée tous les 3 mois	25 (28,7%)	1 (1,6%)	1 (1,4%)
4. Je prends soin de mon diabète en reconnaissant les sucres cachés	13 (14,9%)	5 (8%)	30 (42,9%)
5. Un diabète équilibré, plaisir de bouger retrouvé	4 (4,6%)	0	4 (5,7%)
6. Mes yeux sont précieux, diabétique, je pense à mon fond d'œil	15 (17,2%)	3 (4,8%)	6 (8,6%)
7. Diabétique, un accompagnement psychologique est possible	3 (3,4%)	7 (11,3%)	4 (5,7%)
8. Je suis diabétique, j'anticipe ma grossesse	0	7 (11,3%)	1 (1,4%)
9. Diabète équilibré, artères préservées	19 (21,8%)	2 (3,2%)	13 (18,6%)
Total de réponses	87	62	70

Tableau 4 : Réponses aux questions 8, 9, 10 sur les messages des affiches

A la question 8 sur le message le plus important, l'échantillon comporte 87 patients, 4 ayant été exclus pour non réponse. Par ordre de fréquence, les 3 messages paraissant les plus importants sont le contrôle de l'hémoglobine glyquée (28,7%), l'impact vasculaire (21,8%) et le contrôle ophtalmologique (17,2%).

A la question 9 sur le message le plus surprenant, l'échantillon comporte 62 patients, 28 ont été exclus pour non réponse ou pour avoir coché plusieurs cases. Par ordre de fréquence, les 4 messages paraissant les plus surprenants sont les soins dentaires (48,4%), puis à égalité (11,3%) : le soin des pieds, l'accompagnement psychologique et l'anticipation de la grossesse.

Pour la question 10, les réponses sont à choix multiples. L'échantillon comporte 63 patients qui ont répondu à cette question avec 70 réponses différentes. 28 ont été exclus soit pour non réponse soit pour avoir ajouté « aucune » ou « 0 » comme réponse. Par ordre de fréquence, les patients souhaitent majoritairement (42,9%) plus d'informations concernant la notion de sucres cachés puis sur l'impact vasculaire (18,6%), et enfin sur le soin des pieds et le contrôle ophtalmologique (8,6%).

3.2.4.3 Le lien avec chaque professionnel de santé

Les 4 patients n'ayant pas répondu ont été exclus de l'échantillon.

Sur les 87 patients de l'échantillon, 65 soit 74,7% ont fait un lien entre le thème du message et un professionnel de santé en particulier.

3.2.4.4 Le lien entre le totem et les affiches

Les 14 patients n'ayant pas répondu ont été exclus de l'échantillon.

Sur les 77 patients de l'échantillon, 39 soit 50,6% ont fait un lien entre le totem et les affiches.

3.2.5 Impact sur les patients

3.2.5.1 Les patients se sentent-ils concernés ?

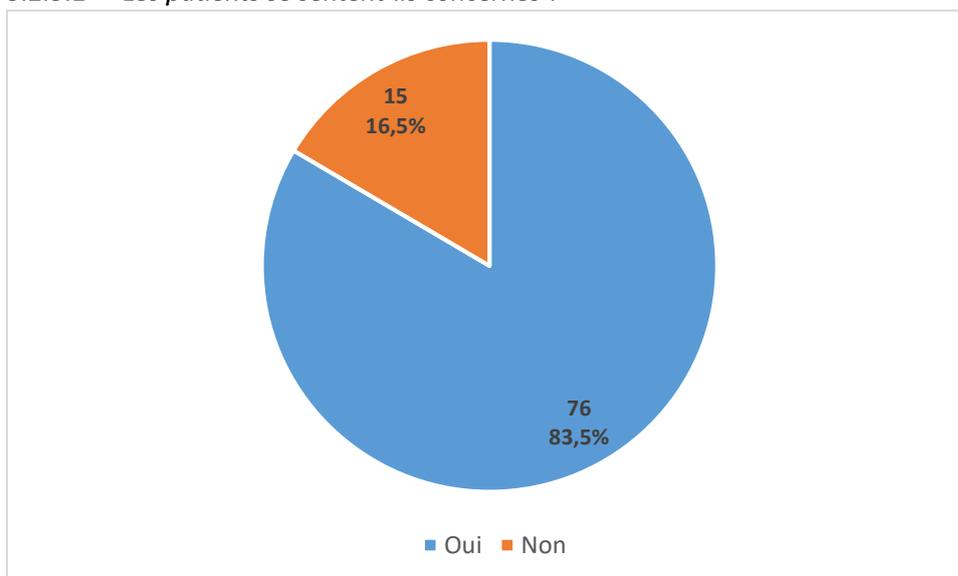


Figure 9 : Vous sentez-vous concerné par cette campagne de prévention ?

La plupart des patients 83,5% se sentent concernés par cette action santé sur le diabète.

Comparaison par rapport au sexe :

	Femmes (n=46)	Hommes (n=45)	Test Khi-deux p-value
Concerné (n= 76)	39	37	0,74
Pas concerné (n=15)	7	8	

Tableau 5 : Comparaison du fait que les patients se sentent concernés par rapport au sexe

Comparaison par rapport à l'âge :

	30-40ans (n=1)	40-50 ans (n=7)	50-60 ans (n=15)	60-70ans (n= 36)	70-80ans (n=20)	80-90 ans (n=12)	Test de Fisher p-value
Concerné (n= 76)	1	5	13	31	19	7	0,043
Pas concerné (n=15)	0	3	1	5	1	5	

Tableau 6 : Comparaison du fait que les patients se sentent concernés par rapport à l'âge

Il y a une différence significative entre les différents groupes d'âges, les patients de plus de 80 ans se sentant les moins concernés.

Comparaison par rapport à la durée du diabète :

	Moins de 5 ans (n=25)	Entre 5 et 10 ans (n=29)	Plus de 10 ans (n= 37)	Test exact de Fisher p-value
Concerné (n= 76)	23	22	31	1
Pas concerné (n=15)	4	5	6	

Tableau 7 : Comparaison du fait que les patients se sentent concernés par rapport à la durée du diabète

Il n'y a aucune différence entre les 3 groupes.

3.2.5.2 L'utilité de l'action de prévention

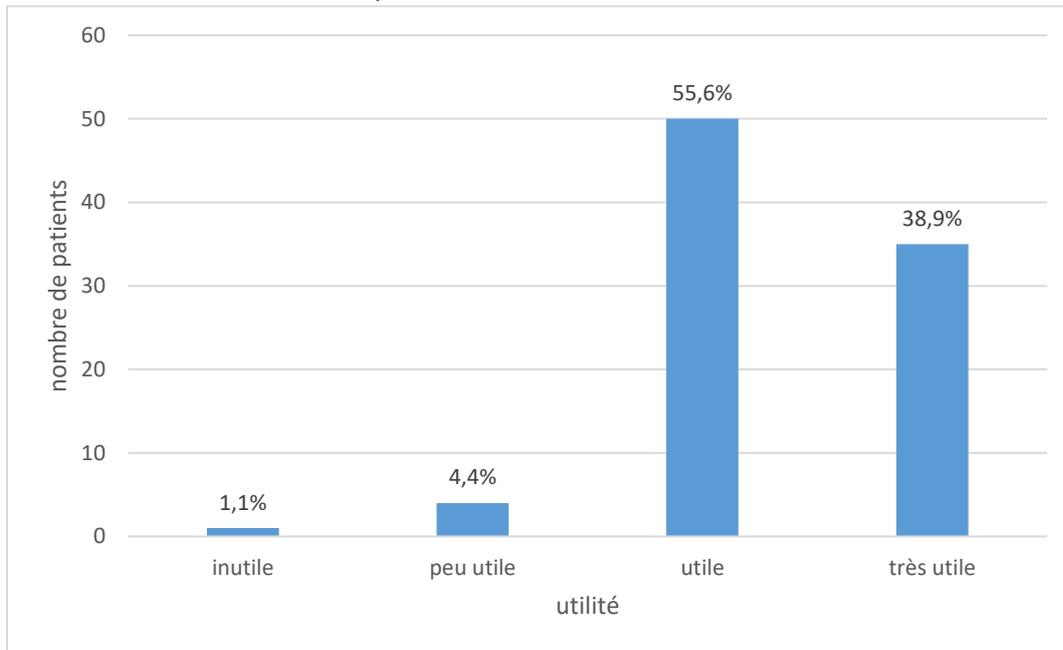


Figure 10 : Que pensez-vous de l'initiative de vos professionnels de santé ?

Un patient n'ayant pas répondu, il a été exclu de l'échantillon.

Sur les 90 patients de l'échantillon, une grande majorité (85 soit 94,4%) a jugé intéressante cette initiative (utile ou très utile).

Nous n'avons pas réalisé de comparaisons suivant d'autres variables car les groupes inutile et utile sont peu représentés.

3.2.5.3 Les échanges autour des affiches

Les échanges avec un professionnel de santé :

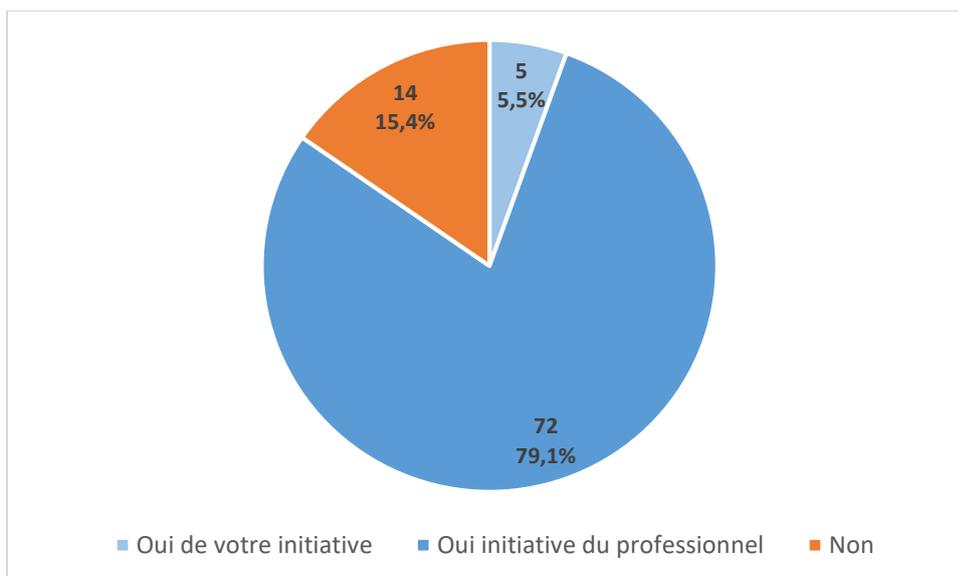


Figure11 : Avez-vous discuté de ces affiches avec un professionnel de santé lors d'une consultation ?

La grande majorité des patients (84,6%) ont échangé à propos de cette action santé pendant des consultations, la plupart du temps à l'initiative du professionnel de santé.

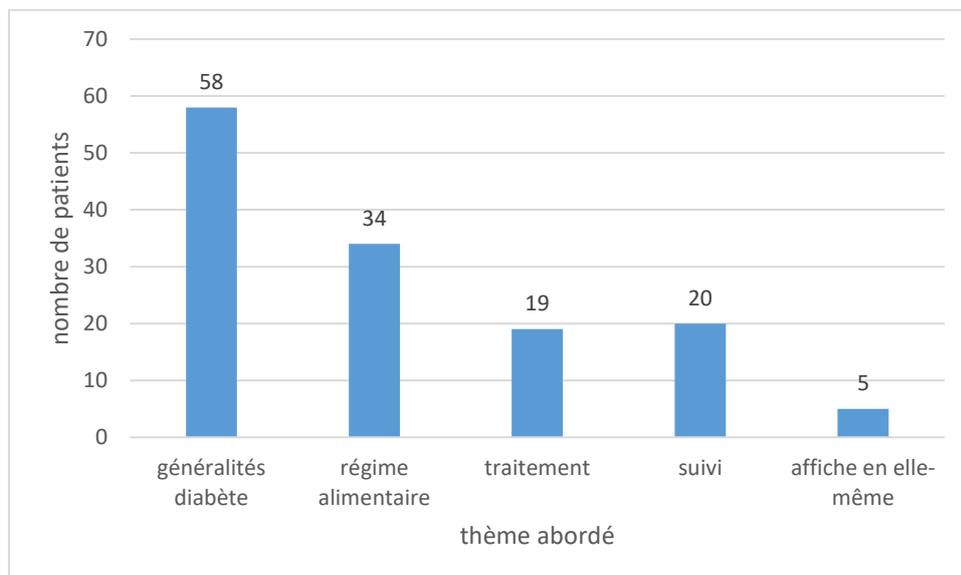


Figure 12: thèmes abordés grâce aux affiches pendant la consultation

Les 77 patients ayant répondu « oui » à la question précédente ont tous répondu à cette question à choix multiples et les thèmes abordés sont classés ci-dessus.

Les échanges dans la salle d'attente :

2 patients n'ayant pas répondu, ils ont été exclus de l'échantillon.

Sur les 89 patients de l'échantillon, 17 soit 19% déclaraient avoir échangé avec d'autres patients à propos des affiches dans la salle d'attente.

3.2.5.4 La modification des habitudes par rapport au diabète

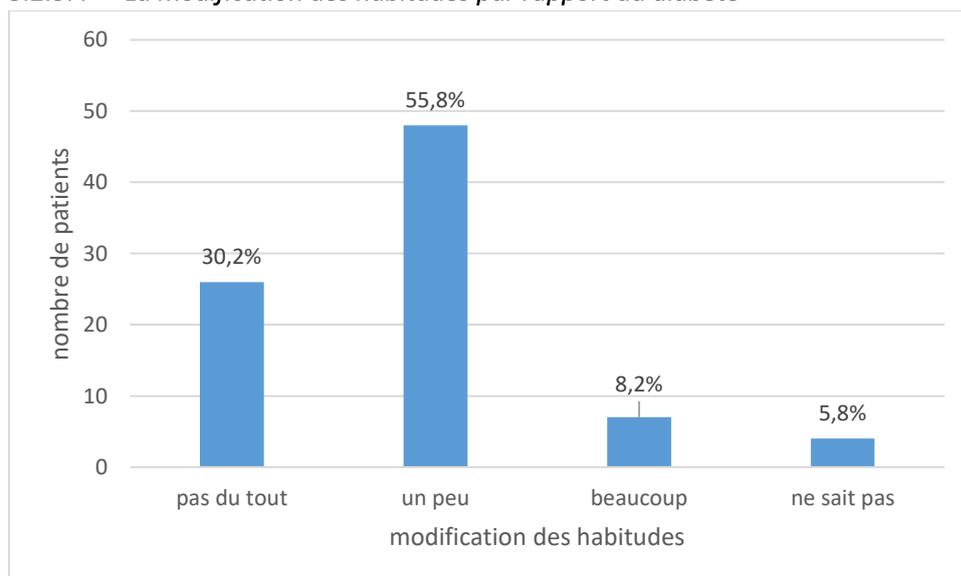


Figure 13 : Avez-vous modifié vos habitudes concernant le diabète depuis cette campagne ?

5 patients n'ont pas répondu, ils ont été exclus de l'échantillon.

L'échantillon est donc composé de 86 patients. 55 d'entre eux soit 64% déclaraient avoir modifié leurs habitudes par rapport au diabète.

11 d'entre eux ont répondu à la question libre suivante et ont déclaré avoir modifiés :

- leur alimentation pour 6 patients (2 ont nommé les sucres cachés)
- leur activité physique pour 4 patients,
- leur suivi dentaire pour un patient

Comparaison par rapport au sexe :

	Femmes (n=40)	Hommes (n=45)	Test de Fisher p-value
Pas (n= 26)	14	12	0,84
Peu (n=48)	23	25	
Beaucoup (n=7)	3	4	

Tableau 8 : Comparaison de la modification des habitudes par rapport au sexe

Comparaison par rapport à l'âge :

	30-40ans (n=1)	40-50 ans (n=7)	50-60 ans (n=15)	60-70ans (n= 32)	70-80ans (n=16)	80-90 ans (n=10)	Test de Fisher p-value
Pas (n= 26)	0	3	6	8	6	3	0,88
Peu (n=48)	1	3	7	22	9	6	
Beaucoup (n=7)	0	1	2	2	1	1	

Tableau 9 : Comparaison de la modification des habitudes par rapport à l'âge

Comparaison par rapport à la durée du diabète :

	Moins de 5 ans (n=25)	Entre 5 et 10 ans (n=25)	Plus de 10 ans (n= 31)	Test exact de Fisher p-value
Pas (n= 26)	7	7	12	0,7
Peu (n=48)	15	17	16	
Beaucoup (n=7)	3	1	3	

Tableau 10 : Comparaison de la modification des habitudes par rapport à la durée du diabète

3.2.5.5 Les futures actions santé

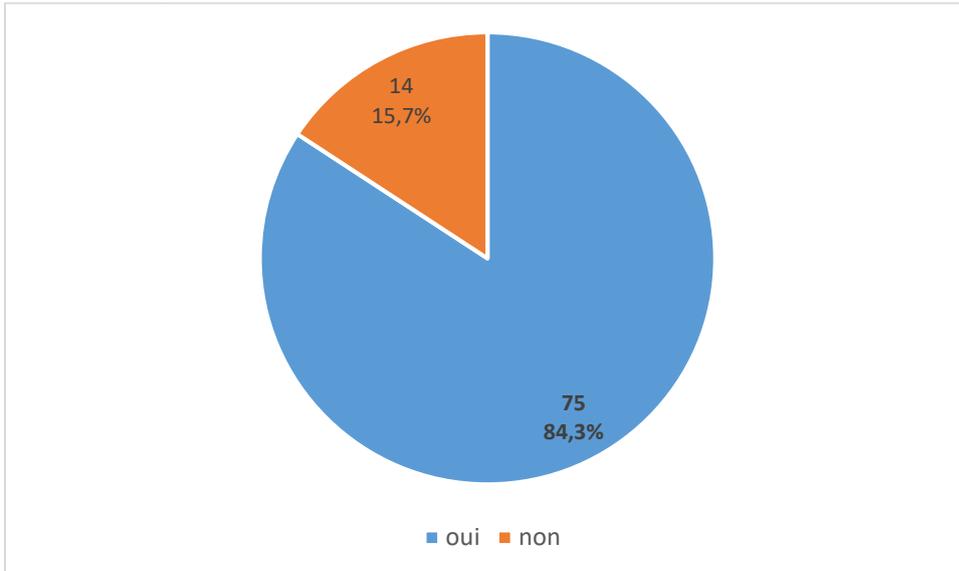


Figure 14 : Aimeriez-vous que ce genre d'initiative soit renouvelé ?

2 patients n'ayant pas répondu, ils ont été exclus de l'échantillon.

Sur les 89 patients de l'échantillon, la majorité des patients interrogés (84,3%) aimerait que d'autres actions santé soient perpétuées.

Sous quelle forme ?

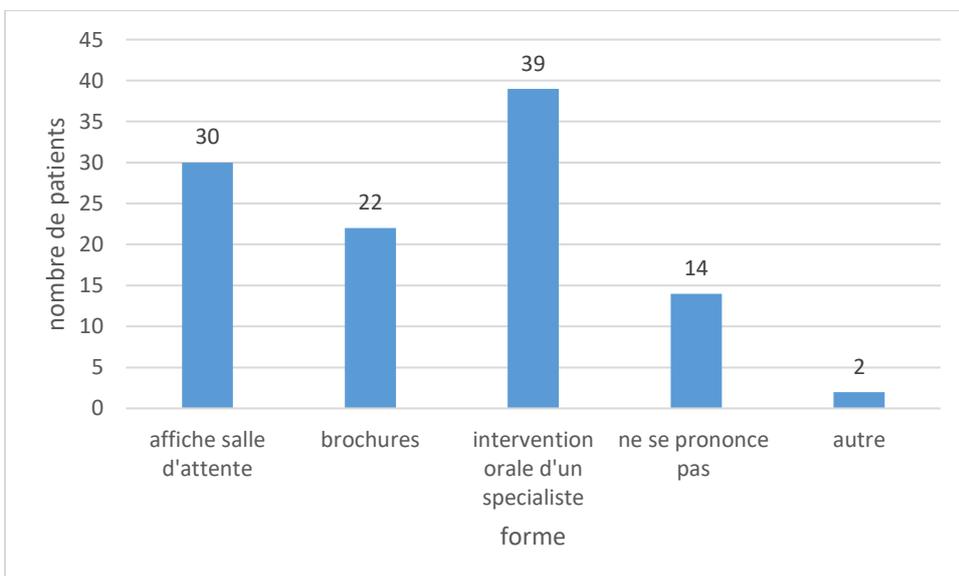


Figure 15 : Sous quelle(s) forme(s) ?

13 patients n'ont pas répondu à cette question, ils ont été exclus de l'échantillon.

78 personnes de l'échantillon ont répondu à cette question à choix multiples dont les propositions sont ci-dessus. Les 2 patients ayant cochés la partie rédactionnelle « autre » ont cité des ateliers comme moyen d'action santé.

thème	N
Les sucres cachés	2
La dyslipidémie	4
Le diabète	8
Les médecines alternatives	1
L'hypertension artérielle	2
Les cancers	3
L'activité physique	2
Le stress au travail	1
Les troubles de l'audition	2
Les maladies mitochondriales	1
Les maladies cardiaques	4
L'obésité	2
L'arthrose	3
L'accident vasculaire cérébral	5
Les troubles de la vue	1
Les maladies neurodégénératives	3
Les lombalgies	1
La nutrition	3
Les troubles digestifs	1
L'alcool	2
Les polyarthrites	1

Tableau 11 : Thèmes proposés par les patients pour une prochaine action santé

52 patients ont répondu à la question libre sur les thèmes de santé qu'ils aimeraient voir abordés dans une prochaine action santé à la MSP. Les réponses ont été riches puisqu'on retrouve 21 thèmes différents.

Commentaires libres : On y retrouvait des remerciements, des encouragements pour la thèse, on pouvait retenir deux autres commentaires que je cite: « il faudrait des affiches avec des avertissements pour qu'on les regarde mieux » et « je suis un peu ennuyé de n'avoir pas vu ces affiches mais à l'entrée on s'adresse directement à la secrétaire, puis on va en salle d'attente, on se demande si... Le médecin est en retard ... on s'assoit et on prend un journal, puis on entre dans le cabinet et on n'a pas regardé autour de soi avec un regard neuf et curieux ».

4 DISCUSSION

4.1 ANALYSE DE LA PARTIE DESCRIPTIVE

Rapidement après son ouverture, environ 6 mois, les professionnels de santé de la MSP d'Aizenay ont commencé leur première action de prévention comme prévu avec l'ARS dans le projet de santé autour d'une maladie chronique, le diabète.

Nous analyserons les forces, les freins et les limites et les facilitateurs de cette action de prévention.

4.1.1 Les forces

4.1.1.1 *La MSP en elle-même*

Le regroupement géographique des différents professionnels est déjà en lui-même un atout pour créer des actions de santé, la communication y étant facilitée.

Les atouts spécifiques à la MSP d'Aizenay sont :

- Sa taille : en termes de superficie, de nombre de professionnels (23) qui en fait une des plus grandes MSP de la région, et de la diversité des professions représentées
- Sa localisation : proche de La Roche-Sur-Yon et de son hôpital
- La présence de structures locales dynamique : Réseau Vendée diabète, le CLIC ...
- Le bassin de population : qui regroupe plus de 11.000 patients et est en croissance démographique

4.1.1.2 *Un projet de santé préparé collectivement*

Le projet de la MSP a été pensé plus de 3 ans avant sa construction, et la plupart des professionnels étaient présents dès le départ ou avant la construction du bâtiment.

D'après les résultats d'une petite étude qualitative aux Etats-Unis (33), confirmés par l'analyse de Doumont et Sandrin-Berthon (34), la préparation collective du projet est essentielle et demande d'y consacrer du temps. Il apparaît particulièrement important d'impliquer tous les participants le plus précocement possible, afin de définir collectivement les règles de bases, de clarifier les intentions et les attentes individuelles et collectives de chacun.

À Aizenay, le projet de santé et la décision de faire des actions de santé publique ont été mûrement réfléchis, ce qui a permis de donner de solides bases à leur projet. A la différence de MSP où les professionnels arrivent, clefs en main, où il peut être plus compliqué de faire vivre le collectif.

4.1.1.3 *L'originalité de cette action de prévention*

L'originalité de cette action de prévention réside dans le fait d'impliquer vraiment tous les professionnels et de créer eux-mêmes leur outil de prévention autour de cette pluriprofessionnalité.

Dans ce projet, 9 professions différentes se sont regroupées pour travailler ensemble. Ce qui est plutôt inédit surtout dans le monde libéral. Habituellement dans les actions de prévention construites en MSP, on observe surtout la participation des IDE et des médecins généralistes (19) ou alors de quelques paramédicaux mais rarement une mobilisation aussi importante. Cette diversité est liée au thème qui est fédérateur et à l'enthousiasme que suscitait la participation à cette première action de santé.

Le fait qu'ils ont participé à la création de l'outil a permis aux professionnels de réfléchir ensemble sur le sujet et d'approfondir leurs connaissances. Ils se sont approprié l'outil et cela a favorisé les échanges. Ils ont eu envie de savoir ce que pensaient leurs patients des affiches et étaient plus à l'aise pour parler du diabète d'une manière plus globale.

Le discours commun de tous ces différents professionnels donne plus de poids aux messages à délivrer auprès des patients.

Cette pluriprofessionnalité apparaît comme une richesse pour les patients et les professionnels de santé.

4.1.1.4 Une bonne dynamique de groupe

Le démarrage des actions de santé était globalement attendu de la part des professionnels, ils étaient enthousiastes et motivés de commencer.

Lors de la première réunion quasiment tous les professionnels étaient présents et ensuite il y avait en moyenne 15 participants à chaque réunion, ce qui montre une bonne dynamique. Quelques professionnels étaient moins présents que d'autres, à cause du thème qui les concernait un peu moins, ou de leur emploi du temps.

Selon les dires des professionnels, il y a eu une bonne entente entre eux. Il y avait des participants plus moteurs que d'autres qui s'investissaient moins mais qui étaient présents pour relayer l'action santé.

4.1.1.5 Des affiches de qualité

Les affiches créées répondent à plusieurs critères de qualité comme nous le verrons dans l'analyse des résultats : des textes courts et clairs s'adressant aux diabétiques, des images ou dessins symboliques complémentaires au texte, une mise en page aérée...

4.1.1.6 Les évolutions au sein de la MSP grâce à cette action santé

Cette première action de santé a permis de créer une cohésion et un esprit de groupe au sein de la MSP qu'il n'y avait pas les mois précédents et qu'il n'y aurait peut-être pas eu sans cette action santé, qui fut le premier résultat concret de leur collaboration.

Elle leur a permis d'acquérir de nouvelles compétences sur le diabète et de changer leur façon de travailler, notamment auprès des diabétiques.

4.1.2 Les freins et les limites

4.1.2.1 Le manque de temps

C'est le principal frein qui a été rapporté par les professionnels de santé et qu'on retrouve dans tous les travaux sur le sujet (19) (35). Même si, finalement, cette action de prévention n'a pas été très chronophage sauf pour le pilote, les professionnels de la MSP craignaient que la multiplication des prochaines actions santé ne le soit avec le risque de passer moins de temps avec le patient et que ce temps impacte sur leurs vies privées. La plupart de ces professionnels libéraux ayant déjà des emplois du temps très chargés, les demandes de consultations se multipliant avec le nombre croissant de patients.

4.1.2.2 Travailler ensemble

Les professionnels d'Aizenay ont bien souligné cette difficulté : apprendre à travailler ensemble n'a pas été de soi.

Pour d'Amour et al : « il est irréaliste de penser que le simple fait de rassembler des professionnels en équipe conduira à une collaboration » (36).

Les obstacles au développement de pratiques collaboratrices résultent de plusieurs facteurs :

- Une disparité dans la formation initiale : les médecins ont une formation axée sur la théorie et le biomédical alors que les IDE, par exemple, ont une formation davantage centrée sur la pratique et l'apprentissage du travail en équipe. Il n'y a pas de culture de l'interdisciplinarité dans les formations de santé. Chaque profession ayant sa propre culture (valeurs, croyances), elle peut rester obscure pour les autres, chacun ayant une vision centrée sur sa discipline (37).
- La perception des rôles professionnels : le manque de confiance, la méconnaissance des rôles des autres professionnels ainsi que le maintien de position hiérarchique en fonction de la profession sont des freins à mise en place d'une collaboration. Les pratiques collaboratives nécessitent une répartition des pouvoirs en fonction de l'expertise et non du statut (34). Le médecin étant encore souvent perçu comme « supérieur ».
- Des facteurs organisationnels : une réflexion collective approfondie du projet de santé comme vu précédemment est un facteur de réussite, la rémunération à l'acte est quant à elle un frein, la taille et l'unité géographique jouent également un rôle.
- Des facteurs personnels dont la motivation propre à chacun qui est bien sûr essentielle.

La mise en place d'action collective en soins primaires nécessite outre le regroupement géographique une transformation des rôles professionnels et une redéfinition des relations hiérarchiques qui devraient être enseignées dès la formation initiale.

4.1.2.3 Le temps passé pour le chef de projet

Ils ont choisi de mener cette action santé autour d'un « leader » qui avait déjà quelques expériences dans le domaine de la santé publique. Le pilote a participé à une formation management, a participé aux réunions avec l'ARS, a préparé en amont les réunions puis a rédigé les comptes-rendus, a démarché les graphistes ... Ce fut un rôle prenant pour ce médecin même si cela ne l'avait pas gêné car il trouvait cela intéressant, mais il était conscient que pour les prochaines actions santé, il faudrait plus déléguer les tâches.

Avoir un pilote pour chaque action santé permet d'avoir plus de cohérence et moins de temps perdu (temps passé de 5 heures en général pour la plupart des participants). Celui-ci peut coordonner et mener les réunions, mais les différentes tâches administratives, ou matérielles peuvent être partagées entre les participants afin de ne pas décourager les professionnels à mener une action santé.

L'autre façon de procéder possible, est de travailler de manière plus horizontale, sans pilote, au risque que cela prenne plus de temps.

4.1.2.4 Le manque de compétences dans la construction d'une action de prévention :

Les professionnels de santé avaient peu de formation dans le domaine de la santé publique et de la prévention. En effet, c'est une partie pas ou peu enseignée dans les études médicales ou paramédicales. Certains d'entre eux avaient quelques expériences en milieu hospitalier mais qui restaient limitées, et le pilote avait réalisé quelques actions de santé publique dans un dispensaire en Polynésie Française.

Cela a engendré des hésitations et des flottements parfois dans la démarche à suivre. Il a fallu qu'ils cherchent d'eux-mêmes comment se former.

4.1.2.5 Les lourdeurs administratives

La rédaction du projet de santé, la mise en place de la SISA, l'obtention des NMR sont des tâches administratives dont les professionnels n'ont pas l'habitude et qui prennent du temps, pouvant décourager nombre d'entre eux à s'investir. Ce frein a été évoqué par les professionnels de santé d'Aizenay mais ne paraissait pas aussi important que dans nos lectures (36) (19).

4.1.2.6 Des craintes pour le futur

Une des craintes exprimée par les professionnels de santé concernait l'entretien de la motivation, ils redoutaient un essoufflement possible avec le temps de l'envie de participer à des actions de santé. Une autre crainte était celle de ne pas trouver assez d'idées, et de thèmes aussi fédérateurs.

La formation de plus petits groupes qui seraient intéressés par le thème, et l'association avec des intervenants extérieurs pourraient diminuer les sollicitations et entretenir leur motivation.

4.1.3 Les facilitateurs

4.1.3.1 Le financement par L'ARS

L'ARS apparaît dans ce projet comme un élément facilitateur car elle a accordé sans obstacle son financement avec une enveloppe assez conséquente qui a permis de financer entièrement le projet et de rémunérer les professionnels participants, qui étaient très satisfaits de cette collaboration.

Les maladies chroniques font partie des objectifs principaux de santé publique actuellement ce qui explique la facilité d'obtention du financement, au titre de CPOM.

Mais ce sont les NMR qui sont l'avenir pour les MSP, avec cet accord de l'ACI de 2017, l'assurance-maladie estime que 10 millions d'euros supplémentaires seront attribués à partir d'avril 2018 aux structures de santé. Les critères d'obtention des NMR sont de plus en plus strictes, s'ils faisaient encore en 2016 l'objet de dérogations pour certains indicateurs, il n'en est plus de même à compter de 2017. La lourdeur administrative peut donc freiner encore certaines structures à leur mise en place mais une fois les financements acquis, ils permettent en général de mener à bien plusieurs actions de santé publique en une année. Parfois les professionnels de santé se plaignent d'un manque de liberté dans le choix des thèmes, ceux-ci devant être en accord avec les objectifs de santé publique définis par l'ARS et qui peuvent varier d'une année à l'autre.

4.1.3.2 La participation du Réseau Vendée diabète :

La formation sur le diabète proposée par le réseau et leurs avis sur les affiches ont été très appréciés des participants, elle leur a permis d'actualiser leurs connaissances et d'échanger de manière concrète sur leurs patients diabétiques. Ce fut le début d'une collaboration plus étroite avec ce réseau.

La participation d'un réseau ou d'une structure locale permet d'élargir les domaines de compétences des professionnels d'une MSP pour créer un outil plus efficace.

4.1.3.3 Les aides méthodologiques à la mise en place d'action de santé

Nous avons vu qu'il y avait un manque de formation des professionnels de santé dans le domaine d'action en santé publique mais ce frein peut être levé car ils ont à leur portée plusieurs ressources avec des professionnels compétents en santé publique vers qui se tourner, comme l'IREPS ou l'APMSL

par exemple. Ils peuvent parfois les accompagner tout au long de l'action santé. Encore faut-il avoir le temps de faire ces démarches.

4.2 ANALYSE DE L'ENQUETE QUANTITATIVE

4.2.1 Choix de la méthode

Pour répondre à l'objectif qui était d'évaluer l'impact de l'action de prévention auprès des patients diabétiques de la MSP d'Aizenay, notre choix s'est porté sur une étude quantitative descriptive et transversale à l'aide d'un questionnaire, afin d'interroger le plus grand nombre de patients et de pouvoir mesurer leur degré d'intérêt.

La méthode qualitative aurait pu être également choisie pour analyser plus finement leurs opinions et surtout leurs ressentis par rapport à cette action de prévention.

4.2.2 Les biais et les limites

4.2.2.1 Liés au nombre de réponses

Nous avons recueilli 95 questionnaires dont 91 étaient exploitables. La population de diabétiques de la MSP pourrait être estimée très approximativement à environ 400 patients si l'on prend le bassin de population ramené aux données de prévalence du diabète en Pays de la Loire. Notre échantillon représenterait alors environ 25% de la population cible. Ce chiffre de 91 questionnaires analysés est correct pour une thèse de médecine générale mais aurait pu être meilleur afin d'apporter une plus grande puissance à l'étude.

Comment expliquer cette différence ?

Les professionnels de santé de la MSP D'Aizenay avaient pour consigne de distribuer le questionnaire à tous les diabétiques qu'ils voyaient en consultation dans la structure peu importe le motif de celle-ci. Les professionnels ont rapporté par la suite qu'ils n'avaient pas systématiquement distribués le questionnaire : par oubli, par exemple si le patient ne venait pas consulté en rapport avec son diabète, ou par manque de temps ou encore d'intérêt pour le projet de la thèse.

D'autres facteurs peuvent expliquer cet écart : les patients qui n'ont pas voulu remplir le questionnaire dont nous n'avons pas la proportion, les diabétiques plus âgés qui étaient vus seulement à leur domicile ou en EHPAD, les patients qui sont suivis seulement à l'hôpital ou par un endocrinologue libéral.

Un patient diabétique consulte normalement au moins une fois tous les 3 mois son médecin généraliste pour le renouvellement d'ordonnance, c'est pourquoi nous avons choisi de recueillir les questionnaires sur une période d'au moins 3 mois afin que le maximum de patients puisse participer à l'étude.

Afin d'obtenir davantage de réponses, nous aurions pu prolonger la période de distribution des questionnaires, et remotiver les professionnels.

4.2.2.2 Liés au recueil des données

Il existait un biais de sélection : les questionnaires ont été distribués par les professionnels de santé eux-mêmes, certains se sont sentis plus concernés et se sont davantage investis dans la distribution, au risque de sélectionner des patients plus enclins à répondre que d'autres.

Certains questionnaires ont été remplis pendant la consultation avec l'aide du professionnel, nous ne savons pas dans quelle proportion exacte mais elle était minoritaire. Cette méthode de recueil en « face à face » permet de recueillir des informations de meilleure qualité et de meilleure complexité, et permet de gommer certains pièges ou erreurs du questionnaire. Ce mode a tendance à augmenter l'adhésion et la compliance mais majore le biais de désirabilité sociale. Il est plus difficile pour l'enquêté de prendre position, entraînant une valorisation des données.

Même lorsque le professionnel remet le questionnaire au patient et qu'il le remplit seul, le seul fait que ce soit «son soignant» qui le lui remet peut entraîner ce biais de désirabilité sociale. Le patient peut avoir peur de critiquer la structure et la campagne de prévention. Nous avons essayé de minimiser ce risque en anonymisant les données et en laissant le bac de recueil des questionnaires au secrétariat et non dans le bureau ou la salle d'attente du professionnel.

4.2.2.3 Liés à l'élaboration du questionnaire :

Nous n'avons pas trouvé de questionnaire validé dans l'évaluation de l'impact d'une affiche de prévention, nous avons donc créé ce questionnaire à partir des données de la littérature et l'aide de différentes thèses.

Pour pallier à cet écueil, nous nous étions réunis avec plusieurs membres du projet afin de recueillir les différentes critiques et améliorations possibles sur ce questionnaire, nous l'avons également montré à un membre du DMG et nous l'avons testé auprès de quelques patients. Nous ne pouvons pas parler de méthode Delphi car il n'y avait pas eu d'avis d'expert en santé publique ou en statistiques, par exemple, ce qui aurait donné plus de valeur à notre questionnaire.

Il existait un biais de classement notamment dans les questions 9 et 10 où plusieurs patients ont ajouté un choix de réponse « 0 ou aucun » qui n'apparaissait pas dans le questionnaire, patients qui ont été classés comme non répondants à ces questions. La question 21 manquait elle aussi d'exhaustivité, avec trop peu de réponses proposées par rapport aux choix existants réellement, nous orientons alors les réponses des patients. La question 6 aurait elle aussi mérité plus de précisions, à savoir si le nombre d'affiches comprenait le totem, car cela a entraîné quelques incohérences avec les réponses à la question 4.

Il pouvait être difficile pour le patient de se souvenir combien d'affiches différentes il avait pu observer sur plusieurs mois (question 6) entraînant un biais de mémorisation.

La validité interne de notre étude est limitée par la taille de notre échantillon et les biais liés au questionnaire. Elle nous permet de donner des tendances et des indications pour la création de prochaines actions santé à la MSP.

4.2.3 Analyse des principaux résultats de l'étude

4.2.3.1 Population de l'étude

Nous avons comparé la plupart de nos données à celles de l'étude de grande ampleur ENTRED 2007-2010, qui évaluait l'état de santé des personnes diabétiques en France durant cette période (38). Dans

cette étude, la moyenne d'âge des diabétiques était de 65 ans, les hommes représentaient 54% des patients.

Dans une autre évaluation de la population diabétique plus récente de l'INVS en 2013, l'âge moyen était de 66,2 ans et il y avait 54,3% d'hommes. Toujours dans ce même rapport, l'âge moyen en Pays de la Loire était de 66,8 ans et il y avait 56,3% d'hommes (23).

Les caractéristiques de notre échantillon sont proches de celles observées en France et en Pays de la Loire permettant de considérer que celui-ci est représentatif de la population cible.

On remarque une population un peu plus importante de femmes diabétiques dans notre échantillon, ceci pouvant s'expliquer par le fait que les femmes consultent plus souvent que les hommes et portent peut-être plus d'intérêt à répondre à des questionnaires sur la santé. En effet, Un article de l'INSEE en 2002, avait publié que les femmes étaient plus soucieuses de leur santé, qu'elles consultaient plus que les hommes avec un taux de 88% pour les femmes et 82% pour les hommes sur une durée de 12 mois et consultaient aussi plus souvent que les hommes : 5,6 fois en moyenne au cours des 12 derniers mois contre 4,4 (39).

Les catégories socio-professionnelles sont difficilement interprétables dans notre échantillon car celui-ci, à cause de sa moyenne d'âge est composé de 61,4% de retraités. Nous aurions dû faire préciser dans le questionnaire la profession exercée avant la retraite, afin de pouvoir en faire une analyse et de la comparer à la littérature.

4.2.3.2 Le diabète

Dans l'étude ENTRED 2007-2010, 47% des patients étaient diabétiques depuis plus de 10 ans contre 40,6% dans notre population.

La formation, les réseaux de diabète :

Parmi les 34% des patients qui ont déjà eu une formation sur le diabète, la majorité d'entre eux l'a réalisé grâce au Réseau Vendée Diabète, soit 20% des patients interrogés. Dans ENTRED 2007-2010 seulement 2,5% des patients déclaraient appartenir à un réseau diabète. Le réseau local est donc particulièrement bien développé, même si l'étude datant de 2007, les chiffres actuels en France sont certainement plus élevés car ces réseaux se développent.

Le suivi :

Le diabète pouvant entraîner de multiples complications affectant de nombreux organes, un suivi multidisciplinaire est conseillé notamment par l'HAS (40), afin de les dépister ou de les traiter. Pour les patients n'ayant pas de complications, le suivi recommandé est celui-ci : cardiologue une fois par an, ophtalmologue tous les 2 ans, dentiste une fois par an. S'il existe des complications, les consultations chez ces spécialistes doivent être rapprochées et d'autres disciplines viennent s'y ajouter en fonction des complications : néphrologue, podologue, neurologue, angiologue...

Une publication d'ENTRED 2007-2010 a analysé les données de prise en charge des patients adultes diabétiques de type 2. En moyenne, les patients ont été vus 9 fois dans l'année par le médecin généraliste, 20 % d'entre eux ont eu une consultation de diététique au cours de l'année, 23 % une consultation par un podologue, 39% une consultation de cardiologie et 50 % une consultation d'ophtalmologie.

Dans notre étude nous pouvons identifier 3 groupes de professionnels présents dans la MSP selon la fréquence de consultation pour le diabète (tableau 1 des résultats) :

- Le médecin généraliste : consulté de façon quasi systématique
- Le podologue, l'infirmier, l'ophtalmologue et le dentiste ont été fréquemment consultés
- La diététicienne, la psychologue, l'orthophoniste et la psychomotricienne ont été très peu voire pas du tout consultées pour le diabète.

Cet ordre est cohérent par rapport au suivi préconisé du diabète et par rapport à la littérature. Le médecin généraliste reste le référent et le coordinateur des soins dans cette maladie chronique. Dans ENTRED 2007-2010, 10% des diabétiques consultaient un endocrinologue libéral.

Dans notre tableau, il s'agit des praticiens issus seulement de la MSP, on ne peut pas extrapoler au suivi global du patient pour son diabète car il peut consulter d'autres professionnels en dehors de la MSP.

Une des différences marquantes par rapport à l'étude ENTRED est l'écart pour le suivi avec la diététicienne, seulement 4% des patients ont consulté la diététicienne de la MSP. Les consultations par les diététiciens libéraux ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie à la différence des consultations dans les hôpitaux ou les réseaux de santé, ce qui peut expliquer l'écart entre ces deux chiffres. Certaines mutuelles remboursent une partie des frais, sinon il faut compter une cinquantaine d'euros pour un premier rendez-vous et une trentaine d'euros pour les consultations de suivi. Pourtant rencontrer un diététicien semble renforcer les connaissances alimentaires et la mise en application des règles hygiéno-diététiques (41). Les règles hygiéno-diététiques étant la base du diabète de type 2. Comme il est plus facile d'entamer un suivi à proximité de son domicile, ces consultations gagneraient à être remboursées à 100%, au moins pour une à deux consultations dans l'année.

4.2.3.3 Les affiches

La visibilité

73% des patients venant consultés pour leur diabète ont vu au moins un des supports de l'action santé.

Ce résultat est difficilement comparable à ceux d'autres études puisqu'elles sont très hétérogènes.

Dans l'étude de Ward (16) en 1994, 319 patients ont été interrogés par rapport à la présence de diverses affiches en salle d'attente. 82% des patients disaient avoir remarqué les affiches.

Une étude de 2011 publiée dans le British Dental Journal (42) où les auteurs ont interviewé 1161 patients, montrait que 40% d'entre eux avaient lu les affiches présentes dans les salles d'attente.

Deux thèses en médecine générale ont également évalué la visibilité des affiches dans les salles d'attente. La plus récente de Sivalogini Sivasooriyalingam (15) en 2017 à Amiens, évaluait l'impact d'une affiche sur la prévention du Papilloma virus, elle trouvait un résultat assez faible de 34,8%. L'autre thèse était celle de Thomas Paita en 2015 à Lyon (30) avec des affiches sur la prévention des risques solaires, elle retrouvait 60,4% de visibilité.

Quels sont les déterminants potentiels ? Voici ceux retrouvés dans les études précédentes :

- Le nombre d'affiches présentes dans les salles d'attente : 70 % des patients ont vu l'affiche si une seule affiche contre 50% si plusieurs affiches (30)

- L'âge supérieur à 50 ans (16)
- la durée d'attente (16)

Dans notre étude, ce serait plutôt le sexe féminin qui pourrait être un déterminant potentiel (80% des femmes contre 64% des hommes), mais ce résultat n'est pas significatif.

Les patients ont en moyenne vu 2 affiches différentes, ce qui est cohérent avec le nombre de professionnels de santé consultés (moyenne de 2,45) et donc le nombre de salles d'attente empruntées.

La visibilité de nos affiches est satisfaisante, elle est dans la moyenne haute des autres études trouvées sur le sujet. Les patients n'ont pas pu voir toutes les affiches car elles n'étaient pas toutes à leur portée (dans des salles d'attente qu'ils n'ont pas empruntées). Il pouvait donc être difficile de comprendre le message global qui souhaitait être transmis. Néanmoins ils ont pu voir les différents messages ensembles sur le totem. L'objectif de montrer la pluridisciplinarité est atteint car 74,7% des patients ont fait le lien entre un message et le professionnel de santé concerné.

Voici quelques pistes qui pourraient améliorer la visibilité des affiches de notre étude : il faudrait restreindre au maximum le nombre d'affiches dans la salle d'attente, voire n'en mettre qu'une. Au niveau des couleurs, il faudrait changer la couleur du fond qui est un peu terne, et également la couleur de la police en laissant en gras seulement le mot diabétique pour souligner le thème de l'affiche. Mettre une bordure à l'affiche pourrait également mieux la mettre en avant. Une illustration commune sur chaque affiche comme le bonhomme du totem pourrait permettre de faciliter le lien entre les différentes affiches et le totem.

Les textes des affiches :

Nous avons voulu nous intéresser au texte des affiches en posant des questions simples afin d'évaluer la pertinence des textes et de voir les messages qui étaient mis en avant par les patients.

La première constatation est que les messages sont bien compris des patients car ils paraissaient clairs pour 97,8% d'entre eux. Les professionnels ont réussi leur objectif de véhiculer des messages simples.

Le message concernant la grossesse chez le diabétique n'a paru pour aucun des patients interrogés comme le message le plus important et ils sont peu désireux d'informations sur ce sujet. Ceci peut s'expliquer par le peu de femmes en âge de procréer dans notre échantillon. L'autre message qui semble avoir le moins suscité d'intérêt est celui sur l'accompagnement psychologique.

Ces deux affiches pourraient donc être celles dont le texte serait à remplacer ou à modifier.

Le message qui semble le plus évident et important pour les patients concerne le contrôle de leur hémoglobine glyquée.

C'est le message qui comporte le terme le plus scientifique ou « médical » et pourtant seulement un patient a trouvé ce message surprenant et aurait besoin de plus de renseignements. C'est donc une information qui est bien intégrée par les patients et bien relayée par les professionnels de santé même si les patients ne savent pas forcément à quoi l'HbA1c correspond. Dans l'étude Diabasis en 2005 qui

évaluait la perception, les besoins et les attentes des diabétiques de type 2 sur leur maladie, 84% des patients avaient entendu parler de l'HbA1c mais seulement 58% en connaissaient l'utilité (43).

L'HbA1c est le reflet de la glycémie des 3 derniers mois et est depuis de nombreuses années le moyen utilisé pour adapter les traitements et le suivi des diabétiques. Son utilité et surtout ses objectifs sont remis en cause par différentes études internationales (ACCOR (44), ADVANCE (45), VADT (46)) qui montrent que l'abaissement intensif de l'HbA1c (en dessous de 6 à 6,5%) réduit l'apparition des complications microvasculaires mais l'effet sur les complications macrovasculaires est très modeste, avec une diminution significative seulement sur les IDM non fatals et pas de diminution sur la mortalité. Il est recommandé actuellement de privilégier un objectif thérapeutique individualisé à chaque patient (suivant son âge, la durée du diabète, les comorbidités, les complications cardio-vasculaires...) et de le prendre en charge de manière globale, notamment sur tous les facteurs de risque cardio-vasculaire (47).

C'est bien sûr important que les patients connaissent l'HbA1c et leur objectif personnel pour qu'ils participent à leur prise en charge mais ce n'est pas un chiffre qui reste un outil parmi d'autres surtout pour les soignants.

Concernant les complications du diabète, les suivis ophtalmologistes et artériels semblent les plus importants pour les patients. Par contre, les messages correspondant aux soins podologiques et dentaires sont jugés moins importants et même surprenants surtout en ce qui concerne les soins dentaires. Ce fut une surprise également pour plusieurs professionnels de la MSP qui ne connaissaient pas le lien entre diabète et santé bucco-dentaire.

La nécessité d'un suivi dentaire régulier (1/an au minimum) est préconisé par l'HAS. En effet, le risque de pathologies parodontales est augmenté chez le diabétique. Ces complications peuvent avoir un effet sur l'équilibre du diabète et augmentent le risque de maladie cardiovasculaire (48). Mais seulement 33% des diabétiques consultent un dentiste annuellement et 70% déclarent ne pas connaître le lien entre diabète et santé bucco-dentaire (49).

Les messages concernant la diététique et l'activité physique n'ont pas été nommés comme des messages importants, pourtant au cours des réunions de la MSP ce sont les domaines où le plus de messages différents ont été proposés. La modification de l'alimentation et la pratique d'une activité physique sont au premier rang des recommandations du traitement du diabète. La perte de poids étant le meilleur traitement du diabète selon l'association américaine de diabète (50). Les patients de l'étude y portent quand même un intérêt car ils ont souhaité plus d'informations sur la notion de sucres cachés.

On remarque qu'il apparaît une inadéquation entre ce qui nous paraît être des messages clés pour nous, professionnels de santé, et les résultats trouvés auprès des patients. Il faudrait davantage axer la prévention sur la base qu'est la modification des habitudes alimentaires et la pratique d'une activité physique régulière, et ne pas oublier certaines complications concernant par exemple la podologie ou les soins dentaires.

L'impact des affiches :

La forte proportion de patients se sentant concernés par cette campagne de prévention et la jugant à 94,4% utile montre que ces supports visuels sont un bon moyen d'informer les patients.

La prévention sera d'autant plus efficace car elle est ciblée sur une population qui se sent concernée.

L'impact sur le diabète est difficilement évaluable avec notre étude car nous nous basons seulement sur les déclarations des patients et non pas sur des mesures objectives à distance de la campagne de prévention, comme par exemple le poids, ou le taux d'hémoglobine glyquée.

Par ailleurs, il est bien prématuré pour avoir un réel impact, il faut du temps pour pouvoir modifier des attitudes, enrichir des connaissances. L'évolution d'un comportement va être le fruit de multiples facteurs et non pas seulement de la lecture d'une affiche.

Néanmoins, nous avons des indications qui sont très positives car 64% des patients déclaraient avoir modifié leurs habitudes, notamment sur le plan hygiéno-diététique.

Plusieurs études ont évalué les effets des affiches sur les patients.

La plupart de ces études ne retrouvent pas de résultats significatifs à cause d'un manque de puissance mais certaines semblent indiquer une tendance à l'amélioration des connaissances voire des comportements de santé.

Parmi celles-ci, nous retrouvons l'étude de King en 1987 (51) qui a étudié l'impact d'une affiche de prévention sur la perte auditive. Il a montré que l'affiche avait doublé le nombre de patients se plaignant de troubles auditifs au médecin pendant la durée de l'affichage mais que le bénéfice s'était estompé dès son retrait.

Dans sa thèse, Sébastien Lagorce en 2013 (17) montre que l'affichage en salle d'attente autour de l'incontinence urinaire féminine semble inciter les patientes souffrant de ce trouble à consulter (71% des femmes qui ont vues l'affichage contre 20% qui ne l'ont pas vues).

Dans une autre thèse, en 2013, Anne-Cécile Dupuis et Hélène Mouterde-Lefebvre (52) ont réalisé une campagne multivectorielles (affiches, brochures, diaporama) sur les troubles du sommeil. Les résultats ont trouvé un effet bénéfique pour les patients quel que soit l'outil utilisé (19% d'amélioration des connaissances pour la vidéo et 11,5% pour les affiches et brochures).

Une revue de littérature de 2016 a étudié les effets des supports audiovisuels dans la salle d'attente des médecins généralistes (53).

Les facteurs qui semblent influencer les effets sont la durée de mise en place du support (le temps idéal étant situé entre 1 et 6 mois), le thème abordé, la population ciblée et la durée d'attente (plus celle-ci est longue plus l'effet est important). Elle montre également que les supports les plus efficaces sont ceux conçus avec l'aide des soignants, résultat que nous retrouvons également dans la thèse sur l'affichage autour des troubles de l'érection chez le diabétique (18). Ceci pouvant expliquer nos bons résultats.

L'affichage en salle d'attendre permet l'ouverture d'échanges :

Encore une fois nous retrouvons des résultats discordants dans la littérature, liés à la grande hétérogénéité des affichages.

Une étude de Stephens Gillina en 2008 (54) évaluait une affiche sur la perte de poids où l'on pouvait voir une balance accompagnée du texte : « Vous voulez perdre du poids ? Demandez à votre docteur aujourd'hui ! » Il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes sans et avec affichage même chez les patients désireux de perdre du poids. Alors que comme nous l'avons vu précédemment l'affichage autour des troubles de l'érection chez le diabétique avait permis d'initier le dialogue(18).

85% des patients de notre étude déclaraient avoir discuté de ces affiches avec au moins un des professionnels de santé. Mais seulement 5% de ces échanges étaient de leur propre initiative.

Les affiches de l'étude ont donc très peu incité les patients à communiquer sur le sujet. Ce résultat n'est pas étonnant, les textes des affiches cherchaient à interpeller le diabétique mais étaient informatifs, pour inciter davantage les patients au dialogue on aurait pu y inscrire : « demandez ou parlez-en avec le professionnel de santé ».

Par contre ces résultats montrent que les affiches ont servi de support aux professionnels pour engager la communication sur la prévention chez les diabétiques, plus que nous l'aurions pensé. Lorsque la visualisation des affiches est couplée avec une information personnelle adaptée au patient, cela potentialise et renforce leurs effets. Comme le montre le résultat du travail de Sophie Clouet et de Christelle Rivière-Vannier sur la prévention du mélanome en 2012 grâce à un essai randomisé comparant deux groupes. Les patients du groupe qui avaient reçu une information personnalisée se souvenaient mieux de l'affiche et étaient plus nombreux à avoir consultés le dépliant mis à leur disposition (55).

19% des patients de notre étude déclaraient avoir échangé avec d'autres patients dans la salle d'attente grâce aux affiches. Nous n'avons pas trouvé de comparaison dans la littérature, mais ce chiffre semble relativement important, peut-être est-ce la discussion avec les professionnels de santé autour des affiches qui a incité les patients à partager ?

4.2.3.4 Des actions de santé à perpétuer : sous quelles formes ?

La majorité des patients interrogés (84%) aimeraient que d'autres actions de santé soient renouvelées dans leur MSP, ce qui peut être source de motivation pour la suite pour les professionnels de la MSP.

Les thèmes souhaités sont très variés (voir tableau 11 dans partie résultats), nous avons eu beaucoup de réponses pour une question ouverte ce qui montre l'enthousiasme des patients pour les actions de santé.

Les thèmes qui sont le plus fréquemment cités sont en rapport avec les maladies cardio-vasculaires (diabète, HTA, AVC, « maladies cardiaques »), les maladies liées au vieillissement (arthrose, maladies neurodégénératives, troubles de la vue et de l'audition), les maladies chroniques (cancer, polyarthrites), la nutrition (dyslipidémie, « sucres cachés », obésité). Ce sont des thèmes que l'on peut mettre en corrélation avec le baromètre santé de l'INPES (56) et qui sont en accord avec les réalités et les besoins sanitaires actuels. On remarque que la plupart ont un lien avec leur maladie ou leur âge.

Quand on les interrogeait sur la forme des actions santé qu'ils souhaiteraient, les réponses variaient entre affiches, brochures, et surtout intervention d'un spécialiste. Mais nous n'avons pas été assez exhaustifs dans le choix possible de réponses alors qu'il existe beaucoup d'autres moyens disponibles. On peut citer d'autres exemples comme la diffusion d'autres supports (diaporama, vidéos...), des ateliers culinaires, des réunions publiques d'information, la création d'un journal de la MSP, des soirées de formation, des ateliers d'activité physique, des ateliers de prévention au sein des domiciles...

Dans sa thèse réalisée en 2013, Anne-Sophie Thibout (57) réalise une revue de littérature des actions de prévention menées en structure pluriprofessionnelles, principalement dans les pays anglo-saxons où ces structures existent depuis plus longtemps. Elle a retrouvé de nombreux articles avec des

résultats probants comme par exemple l'étude de Logan dans le BMJ en 2010 (58) portant sur 204 patients chuteurs de plus de 60 ans, qui évaluait l'efficacité d'une intervention comprenant 6 séances individuelles à domicile par IDE, kinésithérapeutes et ergothérapeutes et 12 séances de groupe par des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. A 1 an, elle montrait une diminution du taux de chute annuelle (3,46 contre 7,68, $p < 0,001$) et des résultats non significatifs pour le nombre de décès ou d'admission à l'hôpital. Un autre exemple d'étude est celle de Wood (59) publiée dans le Lancet en 2008 portant sur 2317 patients à risque cardio-vasculaire, elle évaluait un programme mené par des IDE, diététiciens, médecins consistant en des ateliers de groupe une fois par semaine. A 12 mois, l'étude montrait un impact sur la pression artérielle ($p = 0,03$), le taux de cholestérol ($p = 0,04$) et la consommation de fruits et légumes ($p = 0,05$).

On remarque plusieurs particularités dans ces pays anglo-saxons par rapport à la prévention :

- la présence d'intervenants originaux peu représentés dans nos MSP en France : éducateur en santé, coach, travailleur de proximité, pharmacien
- l'importance de la délégation des tâches aux IDE et aux pharmaciens
- une meilleure exploitation de la télécommunication : possibilité de consultation par téléphone, utilisation des mails pour communiquer avec les patients
- utilisation d'un dossier médical électronique partagé plus systématique
- la participation de patient « expert » qui est un acteur à part entière

Ce sont des pistes qui pourraient être intéressantes à exploiter en France, notamment celle du patient expert. Mettre le patient au cœur même de la réalisation des actions de santé permet d'apporter un autre regard, une autre expérience, car le patient atteint d'une maladie chronique connaît en général très bien sa maladie, et peut permettre ainsi de soulager également l'équipe pluriprofessionnelle de certaines tâches.

4.3 ÉTAT DES LIEUX A LA MSP D'AIZENAY EN 2017

Les professionnels sont restés très actifs dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé. L'équipe de la MSP s'est enrichie de nouveaux membres : d'un podologue, d'une orthophoniste, d'un chirurgien-dentiste, de deux IDE. 3 ans après cette première action santé, d'autres ont suivi, avec des formats et des thèmes divers :

- Toujours sur le diabète : un programme d'éducation thérapeutique en lien avec le réseau Vendée Diabète où ils ont proposé 5 ateliers autour de la maladie. Une thèse de médecine générale soutenue récemment a évalué le vécu des professionnels au décours de la formation (60). Une IDE de la MSP est en cours de devenir coordinatrice d'éducation thérapeutique pour qu'ils puissent continuer à travailler dans ce domaine.
- Des actions autour de la fragilité de la personne âgée : les IDE et médecins ont évalué au domicile leur fragilité grâce à des grilles standardisées, et en fonction du résultat, proposé divers actes de prévention. Il y eut une soirée publique d'information autour de la « prévention de la personne âgée » en collaboration avec le CLIC et un gériatre, avec également une pièce de théâtre autour de la personne âgée.
- Une manifestation publique « manger, bouger » en partenariat avec les écoles, où les familles d'Aizenay effectuaient un parcours santé dans la ville avec différents ateliers (diététique, exercice physique, des jeux autour de l'alimentation ...)

- Deux conférences grand public : sur le stress et l'alimentation avec la psychologue, la diététicienne et un médecin et une seconde sur le « burn out ».
- Une soirée d'information sur les troubles de l'apprentissage avec la psychomotricienne, l'orthophoniste, un médecin et un orthoptiste, ainsi qu'un travail en collaboration avec les écoles locales.
- La création d'un protocole de soins pour les plaies chroniques par les IDE, la diététicienne et un médecin généraliste.

Néanmoins, ils se heurtent à de nouveaux freins, l'effectif des médecins généralistes étant passé de 7 à 5, leur emploi du temps est de plus en plus chargé. Le manque de temps devient encore plus problématique. Le financement par le biais des NMR devrait bientôt voir le jour mais a été long à mettre en place. Pour pouvoir continuer à pérenniser ces actions de santé, un des médecins est en cours de formation pour être coordinatrice de la MSP et y consacrer si possible une journée par semaine. Un autre des objectifs de la MSP est de s'ouvrir davantage vers les structures et les professionnels extérieurs à la MSP (sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes...).

5 CONCLUSION

Depuis une dizaine d'années, on assiste en France à la multiplication de nouvelles structures pour les soins primaires : les maisons de santé pluriprofessionnelles. Un des objectifs inscrit dans la plupart des projets de santé est de promouvoir des actions de santé publique. Mais en pratique, peu de MSP se lance par manque de temps ou de connaissances dans l'élaboration de ce genre de projet ou encore par difficulté pour ces différentes professions de travailler ensemble.

Nous avons choisi de décrire l'exemple de la MSP d'Aizenay en Vendée qui, quelques mois après son ouverture, a mis en place sa première action de prévention. Les professionnels ont choisi le thème fédérateur du diabète, maladie fréquente et potentiellement sévère, et un outil simple, l'affichage en salle d'attente.

L'élaboration de cette action santé s'est faite autour d'un chef de projet qui s'est préalablement formé, qui a coordonné et mené les réunions. La plupart des professionnels de la MSP y ont collaboré pour créer ensemble 10 différentes affiches autour du suivi multidisciplinaire du diabète. Les partenaires de ce projet étaient le Réseau Vendée Diabète qui a réalisé une formation de remise à niveau sur la maladie pour les professionnels de santé et validé les affiches ainsi que l'ARS des Pays de la Loire qui en a réalisé le financement intégral.

La collaboration interprofessionnelle a été fructueuse grâce notamment à une réflexion antérieure approfondie et collective sur le projet de santé et à la reconnaissance et au respect de la complémentarité des différentes professions. Cette action santé a permis à l'équipe de la MSP d'apprendre à travailler ensemble et a créé un esprit de groupe entre ces membres. Elle a renforcé leurs connaissances sur le diabète et a permis de prendre en charge plus globalement le patient diabétique.

L'autre objectif de cette thèse était d'évaluer l'impact de cette action de prévention sur les patients diabétiques de la MSP. Les affiches ont été vues par la majorité des patients mais ils n'en ont observés en moyenne seulement 2. Ils se sont sentis concernés, ont jugé utile cette action santé et ont même déclaré avoir modifié leurs habitudes par rapport au diabète. Ces affiches ont peu incité les patients à communiquer autour du suivi de leur maladie mais ont été un support de communication pour les professionnels. Les patients souhaitaient que de nouvelles actions santé soient renouvelées.

A la suite de cette première expérience positive pour les patients et les professionnels de santé, les actions de santé se sont multipliées et complexifiées dans la MSP. Le manque de temps étant toujours un des facteurs limitants, pour y remédier un poste de coordinateur de MSP va être instauré. C'est un métier qu'il paraît nécessaire de développer pour se libérer des tâches administratives et organisationnelles.

Il pourrait être intéressant d'évaluer d'autres actions de santé à la MSP d'Aizenay à distance pour étudier l'apport de la présence d'un coordinateur, les progrès rencontrés et l'évolution de la dynamique entre les professionnels. Et de manière générale de poursuivre l'évaluation d'action de santé dans d'autres MSP.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. 1978 [consulté le 31 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2016.pdf [Internet]. [consulté le 24 mai 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
3. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, et-al. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. 2009;21:112.
4. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Internet]. 2007-1786. décembre, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554>
5. Article L6323-3 Modifié par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 118 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
6. Mousquès J, Bourgueil Y et-al. L'évaluation de la performance des maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles de santé et centre de santé dans le cadre des ENMR. IRDES; 2014 déc. Report No.: 959.
7. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires-Article 9. 2009-879. juillet, 2009.
8. Flajolet A. Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. 2008. Ministère des solidarités et de la santé. Report No: 99.
9. Code de la santé publique. Article L1417-1 créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C6D9D1DB1F597BB2A86647F0995BDD24.tpdila23v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687017&dateTexte=20170305&categorieLien=id
10. Stefani F. Informations dans la salle d'attente des médecins [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2000. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infosalledattente.pdf>
11. INPES. Rapport d'activité 2013 - RA2013.pdf [Internet]. [consulté le 26 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/RA2013/RA2013.pdf>
12. Hadjila I, Gignon M, Manaouil C. The waiting room: vector for health education ? the general practitioner's point of view. BMC research notes. 18 sept 2012;
13. Bertoliatti-Fontana S. Attente et salle d'attente en médecine générale. Paris Bichat; 1987.

14. Bouche-Willefert A. La promotion de la vaccination antigrippale dans les salles d'attente de médecine générale par l'affiche et la brochure: essai clinique randomisé [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
15. Sivasooriyalingam S, Lobin M. Évaluation de l'impact sur les patients d'une affiche de prévention pour le vaccin contre le papillomavirus (vaccin anti-hpv): étude quantitative réalisée auprès des patients dans la salle d'attente des médecins généralistes de Picardie, par un auto-questionnaire. [Amiens, France]: Université de Picardie; 2017.
16. Ward K, Hawthorne K, et-al. Do patients read health promotion posters in the waiting room? Br J Gen Pract. déc 1994;(389):583-5.
17. Lagorce S. Favoriser les demandes de consultation liées à l'incontinence urinaire chez les femmes de 18 à 80 ans par une information visuelle en salle d'attente: étude de faisabilité auprès de médecins généralistes et de patientes du Bergeracois [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2013.
18. Dumas A, Romuald F. Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale. Grenoble; 2016.
19. Maisonnier N. Etat des lieux des actions de prévention menées au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Pays de la Loire. Nantes; 2013.
20. Insee. Evolution et structure de la population d'Aizenay en 2014 [Internet]. [consulté le 13 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-85003>
21. Ministère de la santé et de l'intérieur. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural [Internet]. 2010. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf.
22. Mandereau-Bruno L. INVS. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. BEH. juillet 2014.
23. INVS. Données de prévalence du diabète traité par département/région en 2013 [Internet]. [consulté le 20 sept 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
24. Charbonnel B, Simon D, Dallongeville J, et al. Coût du diabète de type 2 en France. Rev Épidémiologie Santé Publique. 1 déc 2016;64(Supplement 6):299.
25. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2011-940. août, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLi en=id>
26. JORF. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. 2017 aout. Report No: 0182. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo>

27. Bayle-Iniguez A. La rémunération des maisons, pôles et centres de santé approuvée au « Journal officiel » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2017. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/08/21/la-remuneration-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-approuvee-au-journal-officiel-_849696
28. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : GM Santé ; CNGE; 2011.
29. Singly F de. L'enquête et ses méthodes: le questionnaire. Paris: Armand Colin; 2012.
30. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. Étude observationnelle. Lyon 1; 2015.
31. Maltête S. Construction d'un questionnaire explorant les déterminants socio-psychologiques de la non prise de rendez-vous chez le dermatologue chez des patients à risque adressés pour une lésion suspecte de mélanome. Nantes; 2012.
32. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles-pcs 2003 [Internet]. [consulté le 28 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1>
33. Solheim K, McElmurry BJ, Kim MJ. Multidisciplinary teamwork in US primary health care. Soc Sci Med. août 2007;65(3):622-34.
34. Doumont D, Sandrin-Berthon B. Comment favoriser la synergie des différents acteurs de terrain dans le cadre d'un projet de santé ? [Internet]. bib bop. 2001. Disponible sur: http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=2581&titre=comment-favoriser-la-synergie-des-differents-acteurs-de-terrain-dans-le-cadre-d-un-projet-de-sante
35. Loizeau T. Motivations et freins à la réalisation de projets de prévention au sein des maisons de santé : étude à partir d'un exemple vendéen. Nantes; 2016.
36. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.
37. Bras P-L. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? Trib Santé. 11 mai 2011;(30):113-26.
38. InVS. Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques [Internet]. 2012 [consulté le 20 mars 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_11103](http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/(id)/PMB_11103)
39. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes [Internet]. 2002 [consulté le 28 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/260827/>
40. Haute Autorité de Santé - Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2014 [consulté le 11 avr 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete

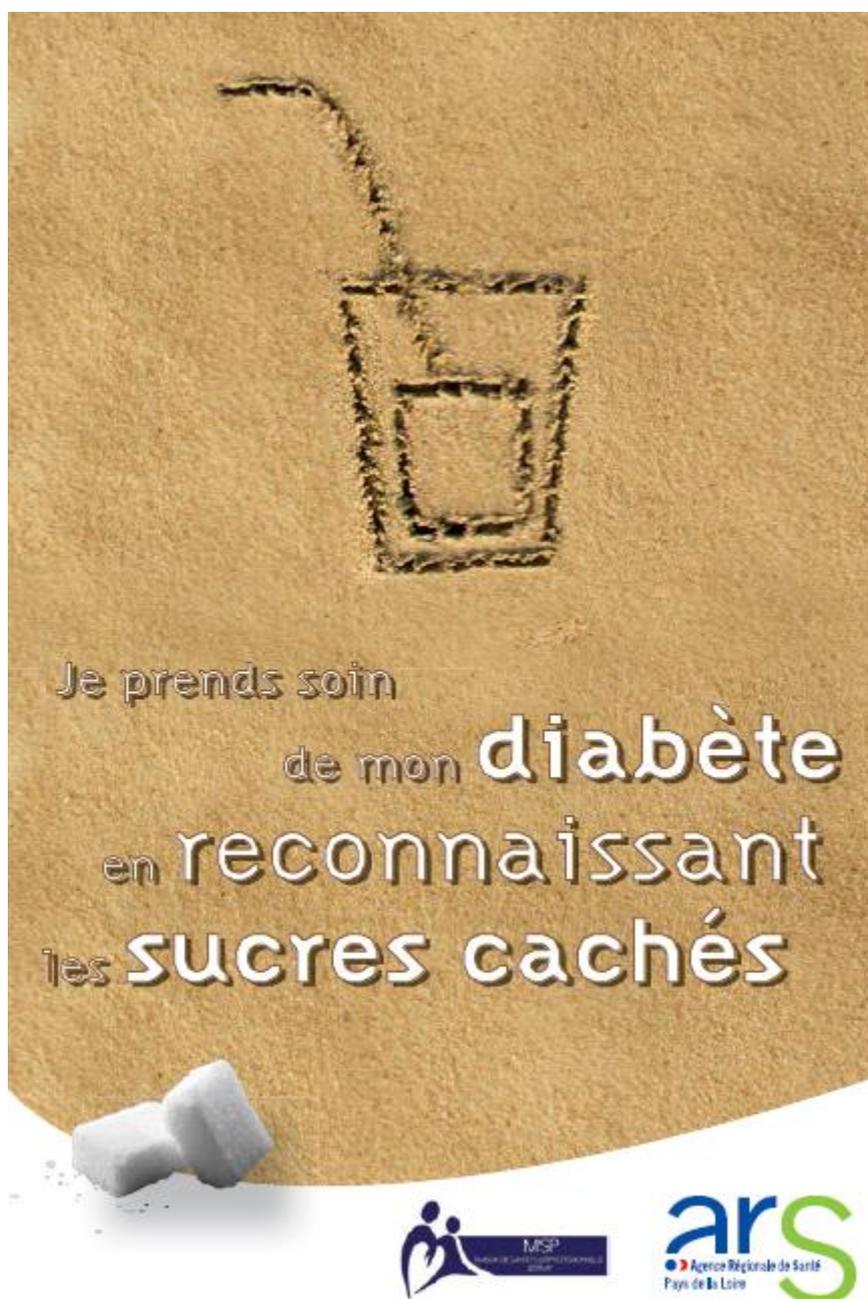
41. Herrou-Molitor MS. Habitudes hygiéno-dietétiques recommandées dans la prise en charge du diabète: quels messages ont été retenus par les patients suivis en médecine générale? Nantes; 2016.
42. Williams M, Bethea J. Patient awareness of oral cancer health advice in a dental access centre: a mixed methods study. *Br Dent J.* mars 2011;
43. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, et al. Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 déc 2009;3(6):620-3.
44. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. *N Engl J Med.* juin 2008;358(24).
45. Group TAC. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 12 juin 2008;358(24):2560-72.
46. Duckworth W, Abraira C, Moritz T et al. Glucose Control and Vascular Complications in Veterans with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 8 janv 2009;360(2):129-39.
47. Société Francophone du Diabète. Position des experts ADA-EASD sur la prise en charge de l'hyperglycémie chez les patients diabétiques de type 2 : une stratégie centrée sur le patient. juin 2012;6(HS 2).
48. Janket S-J, Baird A, Chuang SK. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* mai 2003;(95):559-69.
49. Regnault N, Chantry M. Connaissances et pratiques en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes diabétiques de type 2 dans l'étude Entred 2007, France. 12 nov 2014;(30). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_4.html
50. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care.* janv 2009;32(1):193-203.
51. King RL, Bary B, Brooks DN. Effectiveness of publicity campaign encouraging earlier referral of hearing loss in adults. *Br Médecine J.* 1987;294:1342-3.
52. Dupuis A-C, Mouterde-Lefebvre H. Création et évaluation d'une nouvelle modalité éducative en soins primaires: la campagne éducative monothématique multi-vectorielle en salle d'attente (association affiche/ brochures/ diaporama vidéo). Comment les médecins de soins primaires peuvent-ils mettre en place une telle campagne éducative (bases théoriques et aspects pratiques)? Quelle est l'efficacité de cette nouvelle modalité éducative en fonction des vecteurs de communication utilisés? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2010.
53. Zgorska-Maynard S. Effets des supports audiovisuels en salle d'attente de médecine générale sur la promotion de la santé: revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
54. Stephen G, Blanken SE, Greiner K. Visual prompt poster for promoting Patient-Physician conversations on weigh loss. *Ann Fam Med.* 2008;6.

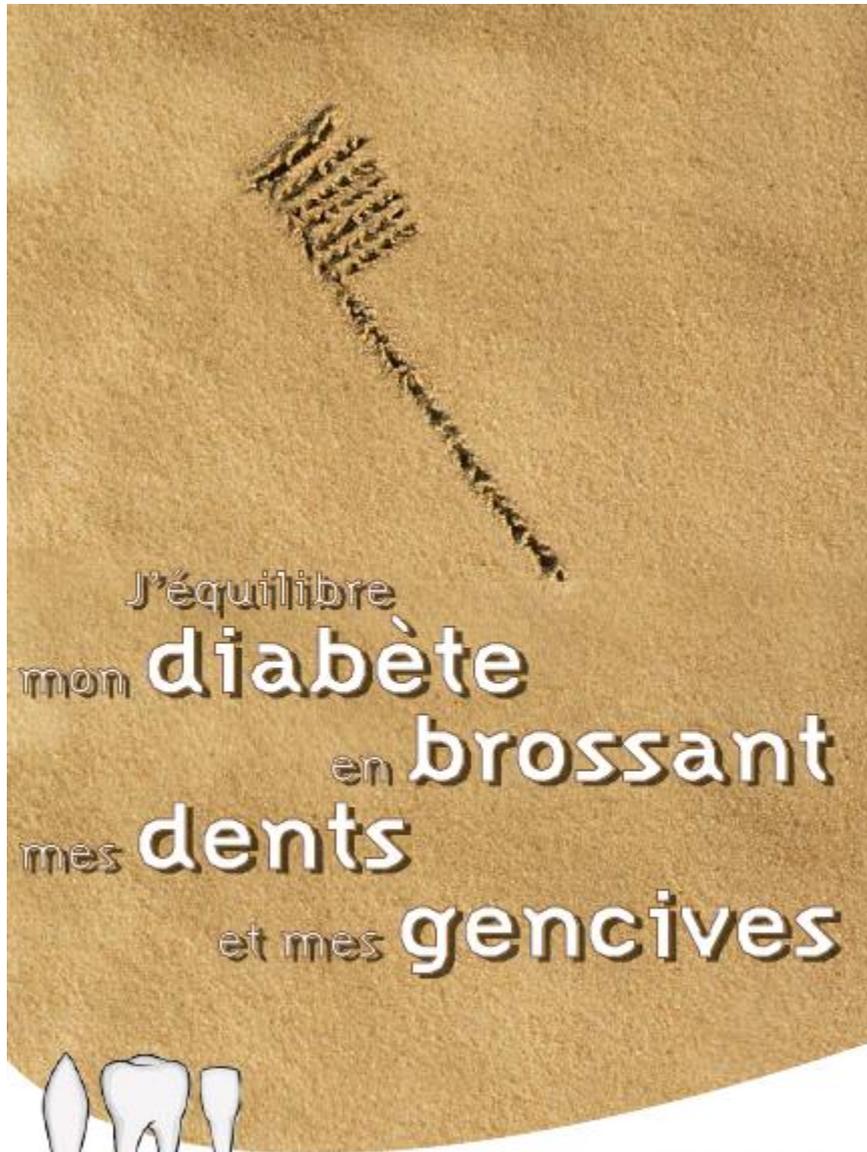
55. Riviere-Vannier C, Clouet S. Protection solaire et auto-examen cutané : impact d'une action de prévention ciblée sur des patients à risque de mélanome consultant en médecine générale. Nantes; 2012.
56. INPES - Les Baromètres santé, un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique [Internet]. [consulté le 8 juillet 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>
57. Thibout A-S. Actions de Prévention en soins primaires pluriprofessionnels : un travail bibliographique à partir des thèmes de prévention identifiés en Pays de la Loire. Nantes; 2014.
58. Logan P, Coupland C, Gladman J. Community falls prevention for people who call an emergency ambulance after a fall: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;(340).
59. Wood D, Kotseva K, Connolly S. EUROACTION study group:nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention program for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, x=cluster-randomized controlled trial. *Lancet*. juin 2008;(371):1999-2012.
60. Créatin F. Ressentis des professionnels de santé à l'issue d'une formation en éducation thérapeutique. Nantes; 2017.



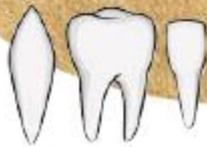
ANNEXE 1 : TOTEM PLACE A L'ENTREE DU BATIMENT ET DE L'ETAGE.

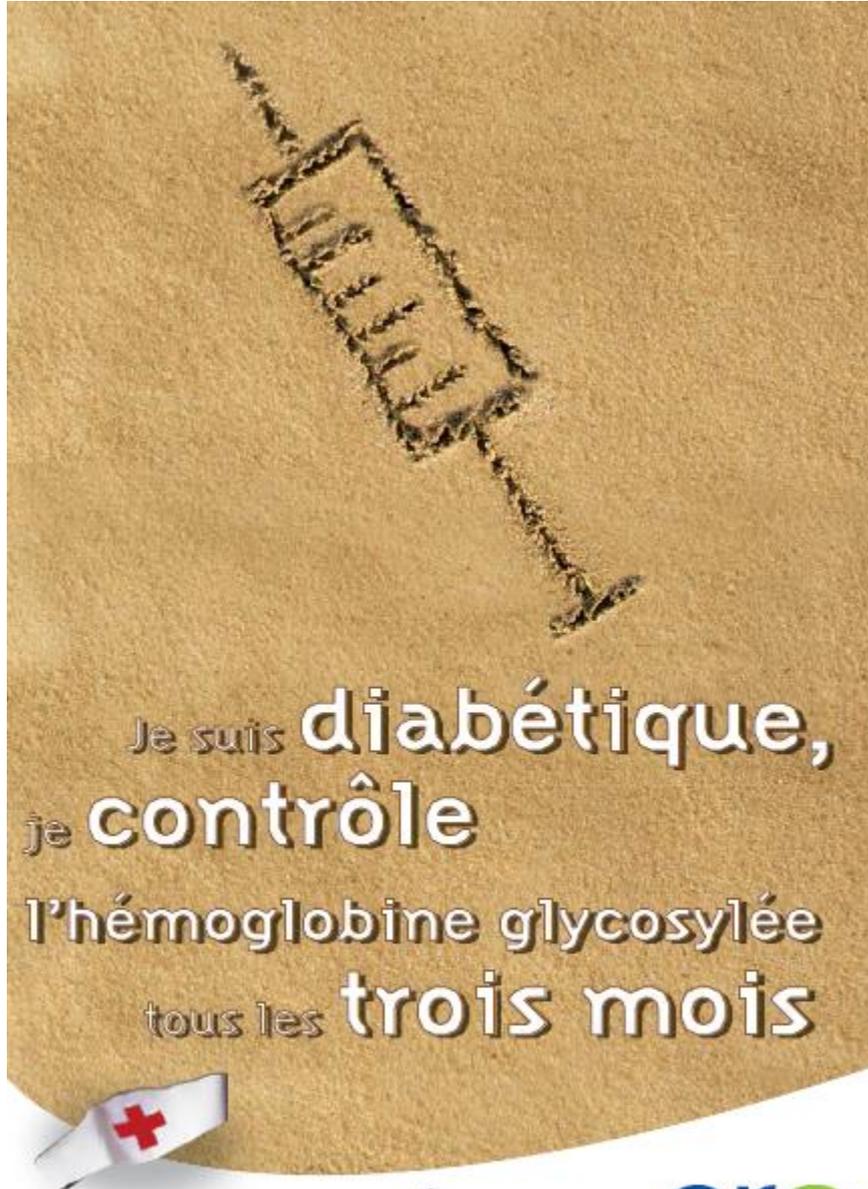
ANNEXE 2 : LES 9 DIFFERENTES AFFICHES





J'équilibre
mon **diabète**
en **brossant**
mes **dents**
et mes **gencives**



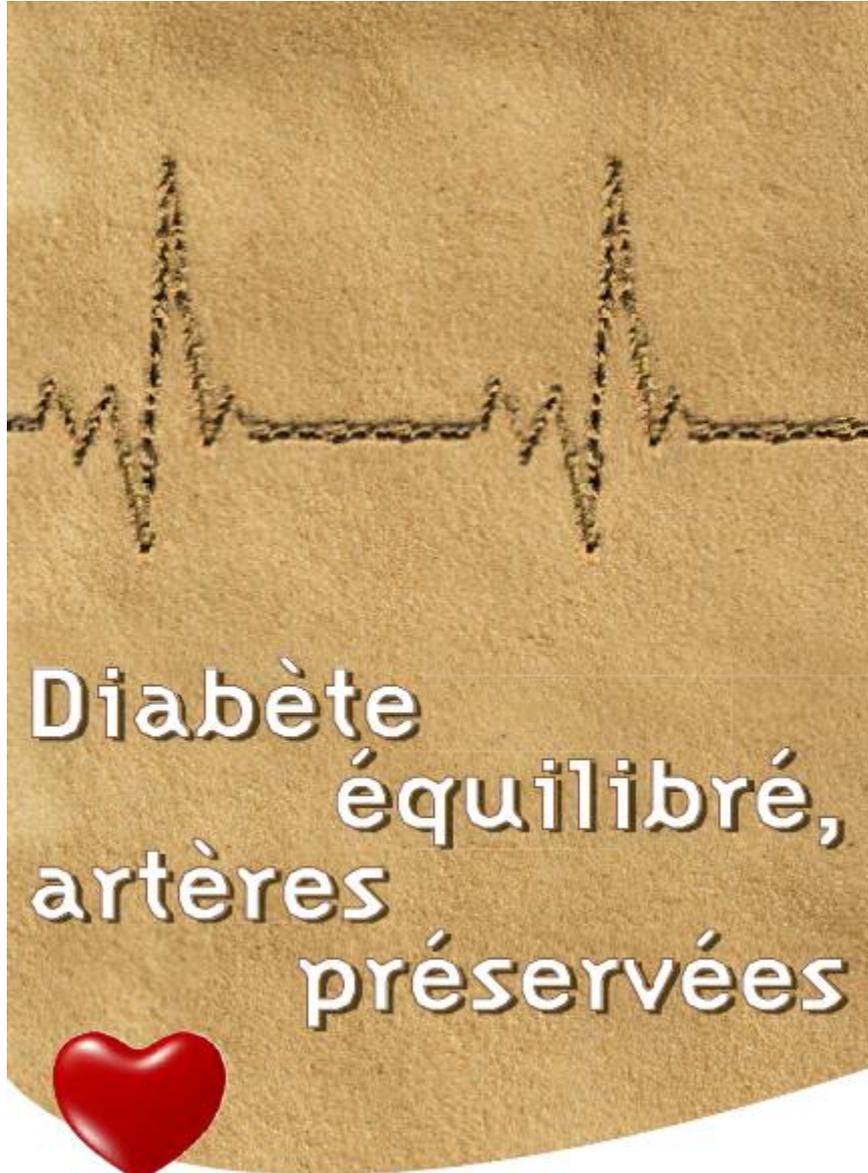


Je suis **diabétique,**
je **contrôle**
l'hémoglobine glycosylée
tous les **trois mois**



Je suis
diabétique,
j'anticipe ma
grossesse





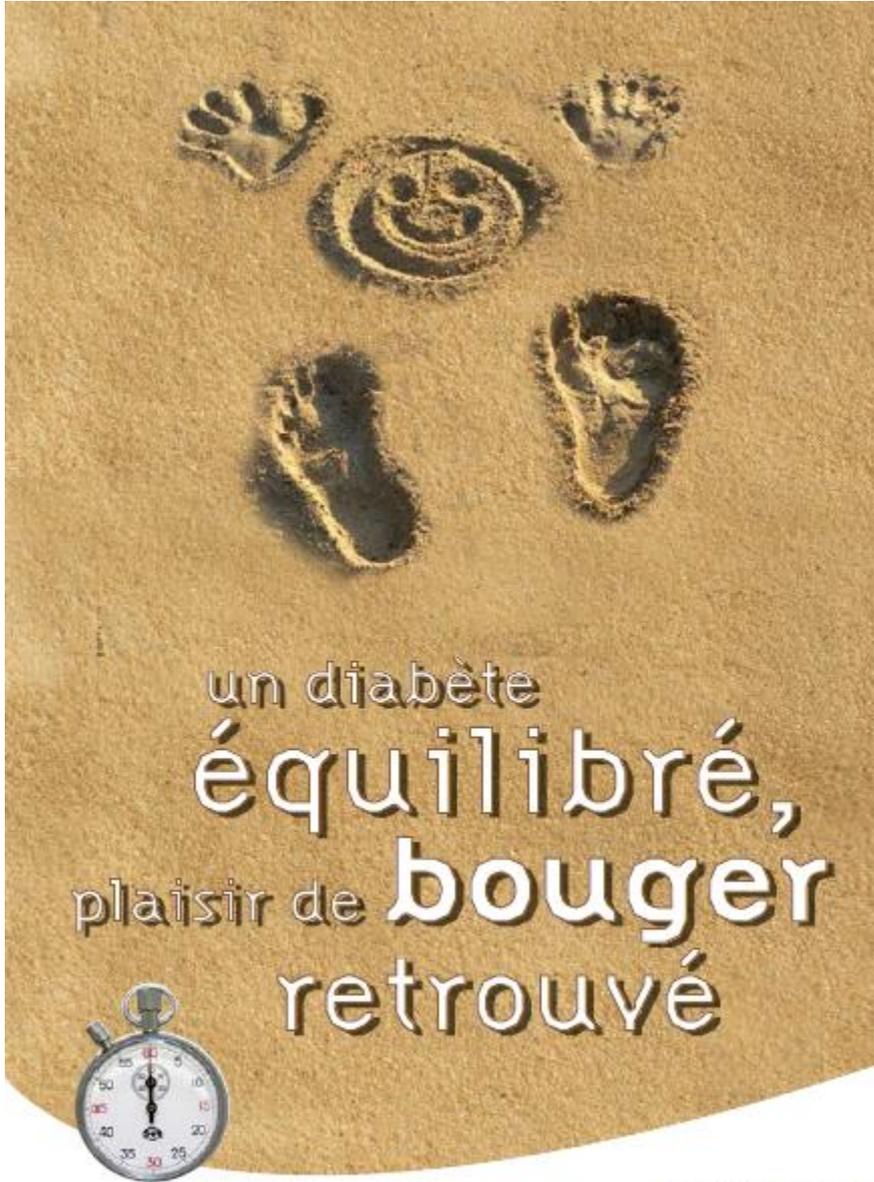
Diabète
équilibré,
artères
préservées





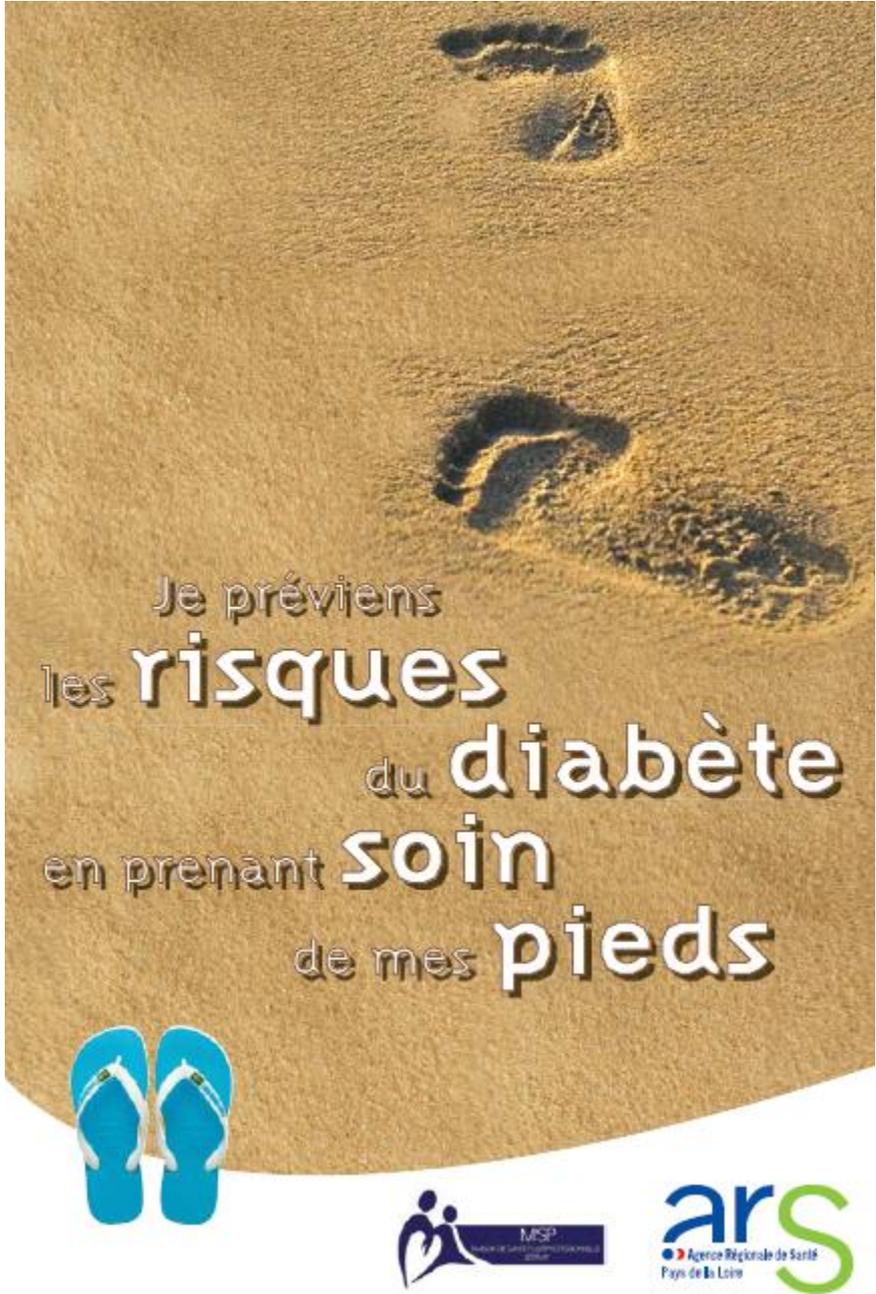
Mes yeux
sont **précieux,**
diabétique Je pense
à mon **fond d'œil**





un diabète
équilibré,
plaisir de **bouger**
retrouvé





Je préviens
les **risques**
du **diabète**
en prenant **soin**
de mes **pieds**





Diabétique,
un accompagnement
psychologique
est possible



AUTOQUESTIONNAIRE AFFICHES DIABETE

Votre sexe : homme femme
Votre profession :

Votre âge :

VOUS ET VOTRE DIABETE :

1) Depuis quand êtes-vous diabétique ?

moins de 5ans entre 5 et 10 ans plus de 10 ans

2) Avez-vous déjà bénéficié de formations sur votre diabète ?

non, jamais oui, au sein du réseau Vendée Diabète oui, au sein d'un hôpital
oui, ailleurs

3) Quel(s) professionnel(s) de santé consultez-vous par rapport à votre diabète au sein de la maison de santé d'Aizenay

médecin généraliste infirmier dentiste psychologue diététicien
podologue ophtalmologue psychomotricien orthophoniste

LES AFFICHES :

4) Avez-vous remarqué la campagne de prévention actuelle sous forme d'affiches sur le diabète dans la maison de santé ?

oui et dans ce cas avez-vous remarqué : le totem (très grande affiche cartonnée à l'entrée du bâtiment) les affiches en salle d'attente les deux (affiches + totem)
non

5) Si vous avez répondu non à la question précédente, selon vous, si ces affiches n'ont pas retenues votre attention, c'est à cause d'un problème concernant :

l'emplacement (peu visible) la couleur la taille de l'affiche l'illustration
le message trop complexe autre :

6) Combien d'affiches « diabète » différentes avez-vous vu au sein de la maison de santé ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

LES MESSAGES :

Voici les différents messages que vous pouvez voir inscrits sur les affiches:

1. J'équilibre mon diabète en brossant mes dents et mes gencives
2. Je préviens les risques du diabète en prenant soin de mes pieds
3. Je contrôle l'hémoglobine glycosylée tous les 3 mois
4. Je prends soin de mon diabète en reconnaissant les sucres cachés
5. Un diabète équilibré, plaisir de bouger retrouvé
6. Mes yeux sont précieux, diabétique je pense à mon fond d'œil
7. Diabétique, un accompagnement psychologique est possible
8. Je suis diabétique, j'anticipe ma grossesse
9. Diabète équilibré, artères préservées

Tournez SVP

- 7) **Est-ce que tous les messages vous paraissent clairs ?**
oui non
- 8) **Quel est le message qui vous paraît le plus important ?** *Pour les prochaines questions cochez le numéro correspondant au message*
1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 9) **Quel est le message qui vous a le plus surpris ?**
1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 10) **Sur le(s)quel(s) aimeriez-vous plus d'informations ?**
1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 11) **Avez-vous fait un lien entre le thème du message et un professionnel de santé particulier ?**
oui non
- 12) **Avez-vous fait un lien entre le totem (grande affiche cartonnée placée à l'entrée du bâtiment) et les affiches ?**
oui non

IMPACT SUR VOTRE DIABETE :

- 13) **Vous sentez vous concerné par cette campagne de prévention ?**
oui non
- 14) **Que pensez-vous de l'initiative de vos professionnels de santé ?**
inutile peu utile utile très utile
- 15) **Avez-vous discuté de ces affiches avec un professionnel lors d'une consultation ?**
oui et c'est vous qui en avait parlé oui, et c'est le professionnel de santé qui a abordé le sujet non (*reportez-vous à la question 17*)
- 16) **Si oui, de quoi avez-vous parlé grâce à ces affiches ?**
du diabète en général de votre régime alimentaire de votre traitement
de votre suivi avec différents intervenants (podologue, cardiologue...) des affiches en elles-mêmes autre :
- 17) **Ces affiches vous ont elles permis d'échanger avec d'autres patients sur le diabète dans la salle d'attente ?**
oui non
- 18) **Avez-vous modifié vos habitudes concernant le diabète depuis cette campagne ?**
pas du tout un peu beaucoup ne sait pas
- 19) **Si oui, à quel niveau ?**
- 20) **Aimeriez-vous que ce genre d'initiative soit renouvelé (sur le thème du diabète ou autre) ?**
oui non
- 21) **Sous quelle(s) forme(s) ?**
de nouveau sous forme d'un affichage en salle d'attente une distribution de brochures l'intervention orale d'un spécialiste ne se prononce pas autre :
- 22) **Si oui, sur quel(s) thème(s) de santé en général ?**

Commentaire libre :

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

AUTOQUESTIONNAIRE AFFICHES DIABETE

Madame, Monsieur,

Vous présentez un diabète et vous êtes régulièrement suivi en consultation à la maison de santé d'Aizenay. Vos professionnels de santé se sont associés et ont créé une campagne de prévention sur le diabète sous la forme de différentes affiches présentes dans les salles d'attente.

Dans le cadre de ma thèse pour le doctorat de médecine générale, sous la direction du Dr Surrault, nous cherchons à évaluer l'impact de cette initiative collective sur vous, patients diabétiques, et pouvoir ainsi par la suite vous proposer d'autres outils les plus adaptés possibles.

C'est pourquoi je vous propose de remplir ce questionnaire qui est anonyme, vos réponses resteront confidentielles.

Quand vous l'aurez rempli, merci de le déposer aux secrétaires du rez-de-chaussée.

En vous remerciant d'avance pour votre aide,

Anne-Sophie PAPE, Médecin généraliste

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Bertrand CARIOU

Vu, le Directeur de Thèse,
Madame le Docteur Anne SURRAULT

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale JOLLIET

NOM : PAPE

PRENOM : Anne-Sophie

Titre de Thèse : MISE EN PLACE ET ÉVALUATION DE L'IMPACT D'UNE ACTION DE PRÉVENTION DANS UNE MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE : L'AFFICHAGE AUTOUR DU DIABÈTE

Etude quantitative auprès des patients diabétiques de la maison de santé d'Aizenay.

RESUME

Introduction : Depuis une dizaine d'années, on assiste en France à la multiplication de nouvelles structures pour les soins primaires : les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Une de leurs missions est de promouvoir des actions de santé publique. Seulement en pratique, on observe que peu de ces structures mettent réellement en place ces actions de santé.

Notre travail avait pour objectif de décrire la mise en place d'une première action de prévention à la MSP d'Aizenay en Vendée : la création de différentes affiches autour du diabète. Le second objectif était d'évaluer son impact sur les patients diabétiques de la MSP.

Matériel et méthode : Une étude descriptive transversale a été réalisée par questionnaire auprès des patients diabétiques de la MSP d'Aizenay plus de 3 mois après la diffusion des affiches en salle d'attente.

Résultats : 91 questionnaires ont été analysés. 51% des répondants étaient des femmes et l'âge moyen de l'échantillon était de 64,2 ans. 73% des patients ont vu au moins un des supports créés. 83,5% d'entre eux se sont sentis concernés, et 94,4% ont jugé utile cette action de prévention. Elle a permis l'ouverture d'échanges avec les professionnels de la MSP qui ont utilisé les affiches comme support pour la prévention. 64 % des patients déclaraient avoir changé leurs habitudes par rapport au diabète et 84,3% d'entre eux aimeraient que ce genre d'initiative soit renouvelé dans leur MSP.

Cette première expérience a permis à l'équipe pluriprofessionnelle d'apprendre à travailler ensemble et a permis de créer une cohésion de groupe.

Conclusion : Cette action de prévention a montré un impact positif à la fois sur les patients et sur les professionnels de santé. Il paraît intéressant de continuer à évaluer les actions de santé au sein des MSP pour comprendre les difficultés rencontrées mais aussi pour mettre en avant les progrès afin d'encourager de telles pratiques.

MOTS-CLES

Diabète, prévention, maison de santé pluriprofessionnelle, soins primaires, affiches, interprofessionnalité