



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Propositions des médecins généralistes pour intégrer au mieux dans
leur pratique le conseil téléphonique aux malades chroniques**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 22 octobre 2015 à 18 heures
Au Pôle Recherche
Par Etienne CORNU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoît WALLAERT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Paul DELGRANGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Paul DELGRANGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	4
I. Recherche bibliographique	4
A. Bases de données utilisées.....	4
B. Mots-clés utilisés selon les bases de données.....	4
1. Pour la base de données PubMed	4
2. Pour le catalogue du SUDOC	4
3. Pour le moteur de recherche Google Scholar	4
4. Pour le moteur de recherche Google	5
5. Pour le moteur de recherche du site Internet de l'Assurance Maladie ...	5
C. Références obtenues et retenues selon les bases de données	5
1. Pour la base de données PubMed	5
2. Pour le catalogue du SUDOC	5
3. Pour le moteur de recherche Google Scholar	5
4. Pour le moteur de recherche Google	5
5. Pour le moteur de recherche du site Internet de l'Assurance Maladie ...	5
II. Type d'étude	5
III. Critères d'inclusion	6
IV. Création de l'échantillon de médecins généralistes	6
A. Zones de recrutement des médecins généralistes	6
1. Pour les entretiens collectifs.....	6
2. Pour les entretiens individuels.....	6
B. Méthode de recrutement des médecins généralistes	6
1. Pour les entretiens collectifs.....	6
2. Pour les entretiens individuels.....	6
C. Evaluation du nombre d'entretiens à réaliser	7
V. Organisation et déroulement général des entretiens	7
A. Organisation des entretiens	7
1. Organisation des entretiens collectifs.....	7
2. Organisation des entretiens individuels.....	7
B. Déroulement général des entretiens	7
1. Rappel sur les entretiens collectifs et individuels	7
2. Préambule aux entretiens collectifs et individuels	8
3. Distribution des objectifs de l'étude	8
4. Recueil du consentement.....	8
5. Le guide d'entretien.....	8
VI. Méthodes de recueil des données	9
A. Caractéristiques de la population et des entretiens.....	9
B. Données qualitatives	9
1. Données verbales	9
a) Entretiens collectifs	9
b) Entretiens individuels.....	9
2. Données non verbales	9
a) Entretiens collectifs	9
b) Entretiens individuels.....	9
3. Constitution des verbatims	10

VII.	Analyse des données	10
A.	Entretiens et population.....	10
B.	Données qualitatives	10
	Résultats	11
	CHAPITRE 1 : ENTRETIENS ET POPULATION	11
I.	Les entretiens	11
A.	Entretiens collectifs	11
B.	Entretiens individuels	12
C.	Saturation des données	12
II.	Les médecins généralistes participants	12
	CHAPITRE 2 : DONNÉES QUALITATIVES	14
I.	Propositions des médecins généralistes pour un conseil téléphonique adapté à leurs attentes et intégré à leurs pratiques	14
A.	Pour quels patients atteints de maladies chroniques les médecins généralistes proposent-ils le conseil téléphonique ?.....	14
1.	Pour les patients à la prise en charge difficile	14
2.	Pour les patients isolés géographiquement.....	14
3.	Pour les patients peu mobiles	14
4.	Pour les patients en difficulté sociale	15
5.	Pour les patients atteints de maladies chroniques en général	15
6.	Selon l'âge des patients	15
7.	Selon l'ancienneté de la maladie chronique	15
8.	Une utilité moindre pour les patients se prenant bien en charge.....	16
9.	Un recrutement des patients géré par le médecin généraliste	16
B.	Pour quelles maladies chroniques les médecins généralistes proposent-ils le conseil téléphonique ?	16
1.	Pour le diabète et avec quelques réserves pour l'asthme	16
2.	En endocrinologie et pour des maladies métaboliques	17
3.	En cardiologie	17
4.	En neurologie	17
5.	En rhumatologie	17
7.	En cancérologie.....	18
8.	En gastro-entérologie	18
9.	En dermatologie	18
10.	Pour les maladies orphelines	18
11.	En psychiatrie et en addictologie.....	18
12.	Pour les maladies chroniques en général	19
C.	Propositions des médecins généralistes concernant les conseillers téléphoniques.....	19
1.	Les spécialités des conseillers téléphoniques.....	19
a)	Des diététiciens ou des nutritionnistes	19
b)	Des médecins.....	20
c)	Des infirmiers	20
d)	Des pédicures-podologues.....	20
e)	Des kinésithérapeutes	20
f)	Le patient-expert	21
g)	Des assistantes sociales	21
h)	Des orthophonistes	21
i)	Des éducateurs sportifs.....	21

2.	La particularité du psychologue comme conseiller téléphonique	21
a)	Le conseil psychologique pour les patients atteints de maladies chroniques.....	21
b)	Utilité de l'intervention du psychologue dans de nombreuses maladies chroniques.....	22
c)	Le psychologue est estimé plus judicieux que l'infirmier	22
d)	Avantage du téléphone pour le conseil psychologique.....	22
e)	Quelques réserves émises	23
f)	Insérer la consultation psychologique dans un système de conseil téléphonique gratuit.....	23
3.	Des conseillers téléphoniques compétents	23
4.	Autres caractéristiques des conseillers téléphoniques	23
a)	Des conseillers téléphoniques connus du médecin généraliste	23
b)	Des conseillers téléphoniques libéraux	24
D.	Propositions des médecins généralistes sur le contenu du conseil téléphonique	24
1.	Le format du conseil téléphonique.....	24
2.	Répéter les conseils du médecin généraliste	25
3.	Un contenu général aux maladies chroniques	25
a)	Les règles hygiéno-diététiques.....	25
b)	La maladie chronique et ses traitements	25
c)	L'observance thérapeutique	26
4.	Un contenu spécifique selon la maladie chronique	26
a)	Pour le diabète	26
b)	Pour l'asthme	26
c)	Pour les lombalgies chroniques.....	27
d)	Pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales	27
5.	Un contenu personnalisé.....	27
6.	Une répartition des tâches entre le conseiller téléphonique et le médecin généraliste.....	28
a)	La nécessité d'attribuer certaines tâches au conseiller téléphonique	28
b)	Des limites fixées par les médecins généralistes	29
7.	Une contribution du médecin généraliste à l'élaboration du contenu ?	29
E.	Propositions des médecins généralistes sur l'organisation du conseil téléphonique	30
1.	Un système de plate-forme	30
2.	Les principes de suivi du patient	30
a)	Un suivi régulier et programmé	30
b)	Toujours le même interlocuteur pour le patient.....	30
c)	La fréquence des appels téléphoniques	30
d)	Vérifier l'assiduité du patient.....	31
3.	L'accessibilité au conseil téléphonique pour le patient	31
4.	Le retour d'information au médecin généraliste	31
a)	La nécessité d'un retour d'information.....	31
b)	Les moyens de communication pour le retour d'information	32
i.	<i>Eviter le résumé oral fait par le patient.....</i>	32
ii.	<i>Le courrier postal.....</i>	32
iii.	<i>Le courrier électronique et Internet.....</i>	32
iv.	<i>Le courrier électronique crypté</i>	33
v.	<i>L'échange par téléphone</i>	33
c)	La fréquence du retour d'information.....	33
d)	Un retour d'information concis.....	33

F.	Un système de conseil téléphonique centré sur le patient	34
1.	La nécessité d'une connaissance mutuelle entre le patient et le conseiller téléphonique	34
2.	Adapter le conseil téléphonique au patient.....	34
a)	Prendre en considération les besoins exprimés par le patient	34
b)	S'assurer de la disponibilité du patient	35
c)	Un conseil téléphonique convivial	35
3.	Un patient devant néanmoins être volontaire	35
a)	La liberté d'adhésion du patient au conseil téléphonique	35
b)	Un patient devant être le demandeur du conseil téléphonique.....	36
G.	Une rémunération des médecins généralistes ?	36
II.	Le conseil téléphonique : des objectifs attendus par les médecins généralistes.....	36
A.	Etre une aide complémentaire pour le médecin généraliste.....	37
B.	Les objectifs attendus du conseil téléphonique pour les patients atteints de maladies chroniques	37
1.	Améliorer la connaissance des patients sur leur maladie chronique	37
2.	Déboucher sur une éducation thérapeutique	37
III.	Une perspective plus large du conseil téléphonique.....	38
A.	Le conseil téléphonique pour mieux orienter les patients atteints de maladies chroniques vers d'autres structures de prise en charge	38
B.	Le conseil téléphonique pour la prise de rendez-vous spécialisés	39
C.	Associer conseil téléphonique et visite au domicile du patient	39
	Discussion	40
I.	Résultat principal de l'étude.....	40
II.	Validité interne de l'étude.....	41
A.	Forces de l'étude.....	41
1.	Entretiens collectifs	41
2.	Guide d'entretien	41
3.	Evolution méthodologique suite au premier entretien collectif.....	41
4.	Méthodes d'enregistrement.....	42
5.	Double codage des données qualitatives.....	42
B.	Faiblesses de l'étude.....	43
1.	Biais de recrutement	43
2.	Représentativité de l'échantillon de médecins généralistes	43
3.	Entretiens collectifs	43
III.	Validité externe de l'étude.....	44
	Conclusion.....	46
	Références bibliographiques	47
	Annexes	49
	Annexe 1 : Textes de loi instaurant le programme SOPHIA.....	49
	Annexe 2 : Chronologie des départements concernés par SOPHIA	51
	Annexe 3 : Equations de recherche bibliographique (PubMed et SUDOC)	53
	Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif (version 1).....	54
	Annexe 4 bis : Guide d'entretien semi-directif (version 2)	57
	Annexe 5 : CD joint à la thèse.....	60

RESUME

Contexte : Les programmes de conseil téléphonique, comme SOPHIA en France, se sont développés pour accompagner les patients atteints de maladies chroniques. Ces programmes peuvent ne pas correspondre aux attentes des médecins généralistes.

Objectif : Identifier les propositions des médecins généralistes pour intégrer au mieux le conseil téléphonique dans leur prise en charge du patient atteint de maladie chronique.

Méthodes : Etude qualitative réalisée entre décembre 2014 et avril 2015 par entretiens semi-structurés collectifs et individuels de médecins généralistes du Valenciennois, de l'Avesnois et du Dunkerquois.

Résultats : Les propositions de vingt-et-un médecins généralistes ont été recueillies. Le conseil téléphonique envisagé devait s'organiser autour d'une plateforme. Il était nécessaire de cibler les patients selon certains critères. La plupart des maladies chroniques pouvaient bénéficier d'un conseil téléphonique. Les conseillers téléphoniques devaient être variés selon leur domaine de compétence. Le patient était toujours suivi par le même conseiller. Le conseil délivré pouvait être d'ordre général ou être spécifique à la maladie chronique. Il devait prendre en compte les besoins du patient pour être personnalisé. Un compte-rendu concis était ensuite adressé au médecin généraliste. Le conseil téléphonique complétait ainsi la consultation du médecin généraliste. Il devait avoir pour perspective d'aboutir à une éducation thérapeutique du patient ou pouvait servir de vecteur pour d'autres structures de prise en charge.

Conclusion : L'application de certaines de ces propositions pourrait permettre aux médecins généralistes d'obtenir un conseil téléphonique davantage en accord avec leurs attentes et leurs besoins pour leurs patients atteints de maladies chroniques.

INTRODUCTION

La prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, ou l'insuffisance cardiaque demeurent un problème de santé publique. En octobre 2012, la Haute Autorité de Santé estimait à quinze millions le nombre de Français atteints d'une maladie chronique. Cela implique un nombre élevé de consultations pour ces patients, notamment en soins ambulatoires.

En France, un service d'accompagnement pour les patients atteints de maladies chroniques a été mis en place par l'Assurance Maladie depuis 2008 : le programme SOPHIA. Ce service s'adressait initialement aux patients diabétiques. Après une période expérimentale dans quelques départements dès 2008, il a été progressivement généralisé pour intéresser l'ensemble de la France en 2013. A partir de février 2014, le programme SOPHIA a été étendu aux patients asthmatiques pour dix-huit départements pilotes, notamment le Nord (pour la région Lille-Douai et le Hainaut). Les patients éligibles sont sollicités par l'Assurance Maladie par courrier postal. Les patients intéressés sont alors invités à remplir un formulaire d'inscription avec l'aide de leur médecin traitant. Les patients adhérents peuvent ainsi obtenir des conseils sur leur maladie chronique. Ceux-ci sont dispensés par l'envoi de documentation écrite ou électronique par le biais d'un site Internet, mais également par entretien téléphonique avec un infirmier-conseil. L'Assurance Maladie dénombrait 55 800 médecins généralistes concernés par le programme SOPHIA en 2013 (1) et 600 000 patients adhérents en avril 2015 (2).

Des programmes similaires pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques existent également à l'étranger (programmes dits de *disease management* dans la littérature). Ils ont été développés car la plupart des cabinets de médecine générale ne disposaient pas de ressources pluridisciplinaires pour prendre en charge de façon globale ces patients (3). Avec certains programmes, il a été noté une amélioration d'indicateurs fréquemment utilisés en médecine générale comme la pression artérielle, le taux d'hémoglobine glyquée, ou l'indice de masse corporelle (4). Avec d'autres, les patients acquéraient une meilleure compréhension de leur maladie chronique, de ses traitements, et de sa surveillance (5)(6)(7)(8). De modestes progrès des patients concernant l'activité physique et le régime alimentaire

ont aussi été constatés (9). Mais, avec d'autres programmes, la glycémie (10), l'hémoglobine glyquée (11), ou la pression artérielle (12) n'étaient pas nécessairement améliorées sur le long terme chez les patients recevant du conseil téléphonique. Les résultats sont contrastés.

Une évaluation du programme SOPHIA a été effectuée un an après sa mise en place par une société indépendante de l'Assurance Maladie (Cemka Eval). A trois ans, une nouvelle évaluation a été réalisée par l'Assurance Maladie. Elles ont mis en évidence un meilleur suivi des patients sur le plan ophtalmologique, rénal ou de l'hémoglobine glyquée (13).

De tels programmes doivent aussi être adaptés aux besoins des professionnels de santé (14). Une enquête menée en 2009 auprès des médecins généralistes concluait que 52 % avaient une bonne opinion du programme SOPHIA et que seuls 46 % étaient satisfaits des "modalités pratiques du programme" (15). Il n'est donc pas certain que le programme SOPHIA actuel corresponde, en termes de conseil téléphonique, aux attentes des médecins généralistes pour l'aide à la prise en charge du patient atteint de maladie chronique (16). On pourrait penser que les médecins généralistes ont des propositions pour l'améliorer.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les propositions des médecins généralistes pour intégrer au mieux le conseil téléphonique dans leur prise en charge du patient atteint de maladie chronique. L'objectif secondaire était de repérer les propositions spécifiques des médecins généralistes selon la maladie chronique du patient.

MATERIELS ET METHODES

I. Recherche bibliographique

A. Bases de données utilisées

La recherche bibliographique initiale a utilisé :

- la base de données de PubMed
- le catalogue du SUDOC

La recherche bibliographique complémentaire a utilisé :

- le moteur de recherche Google Scholar
- le moteur de recherche Google
- le moteur de recherche du site Internet de l'Assurance Maladie

(www.ameli.fr)

B. Mots-clés utilisés selon les bases de données

1. Pour la base de données PubMed

Mots-clés : diabetes mellitus (nursing, prevention and control), disease management, chronic disease, general practice, general practionners, telemedecine, patients satisfaction, quality improvement, voluntary programs, managed care programs, interview as topic, telephone, counseling, health personnel.

2. Pour le catalogue du SUDOC

Mots-clés : sophia, diabète, opinion, médecins généralistes.

3. Pour le moteur de recherche Google Scholar

Mots-clés : disease management, éducation thérapeutique, programme, sophia, diabète, médecins généralistes, attentes, télémédecine, improve, quality, phone, counseling, advice.

4. Pour le moteur de recherche Google

Mots-clés : disease management, maladie chronique, médecins, sophia, IGAS, participation, consultation.

5. Pour le moteur de recherche du site Internet de l'Assurance Maladie

Mot-clé : sophia.

C. Références obtenues et retenues selon les bases de données

Au total, quarante-sept références bibliographiques ont été retenues et intégrées au logiciel de gestion de bibliographie ZOTERO®. (Annexe 5)

1. Pour la base de données PubMed

Sept cent quatre-vingt-quatorze références ont été obtenues.

Vingt-sept références ont été retenues.

2. Pour le catalogue du SUDOC

Quarante-deux références ont été obtenues.

Deux références ont été retenues.

3. Pour le moteur de recherche Google Scholar

Neuf références ont été retenues.

4. Pour le moteur de recherche Google

Sept références ont été retenues.

5. Pour le moteur de recherche du site Internet de l'Assurance Maladie

Deux références ont été retenues.

II. Type d'étude

Etude qualitative par entretiens semi-structurés, collectifs et individuels, de médecins généralistes du Valenciennois, de l'Avesnois et du Dunkerquois.

III. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des médecins généralistes étaient :

- être docteur en médecine générale
- exercer la médecine générale libérale

IV. Création de l'échantillon de médecins généralistes

A. Zones de recrutement des médecins généralistes

1. Pour les entretiens collectifs

Les médecins généralistes étaient recrutés dans le Valenciennois et l'Avesnois.

2. Pour les entretiens individuels

Les médecins généralistes étaient recrutés dans le Dunkerquois.

B. Méthode de recrutement des médecins généralistes

1. Pour les entretiens collectifs

Les médecins généralistes étaient sollicités oralement lors de réunions de groupes de pairs, de groupes de recherche en soins primaires ou de tours de garde. Les médecins généralistes volontaires étaient ensuite contactés par courrier électronique pour planifier les dates des entretiens collectifs (méthode Doodle®). Un effectif de quatre ou cinq médecins généralistes était retenu pour constituer un entretien collectif.

Chaque médecin généraliste participant était rappelé par courrier électronique, pour confirmation, dix jours avant la date de l'entretien collectif.

2. Pour les entretiens individuels

Les médecins généralistes étaient contactés individuellement par téléphone. La date de l'entretien individuel était déterminée directement d'un commun accord.

Chaque médecin généraliste participant était rappelé par téléphone, pour confirmation, deux jours avant la date de l'entretien individuel.

C. Evaluation du nombre d'entretiens à réaliser

Afin d'obtenir un recueil de données pertinent et optimal, les entretiens ont été effectués jusqu'à l'obtention de la saturation des données. Dans cette étude, la saturation des données était définie par l'absence d'apparition de nouvelles propositions au cours d'un entretien. Pour confirmer la saturation des données, il était prévu d'organiser un entretien individuel supplémentaire.

V. Organisation et déroulement général des entretiens

A. Organisation des entretiens

1. Organisation des entretiens collectifs

Pour des raisons de disponibilité professionnelle, les entretiens collectifs se déroulaient après 20 heures 30. Les entretiens collectifs étaient réalisés soit dans un domicile privé, soit dans un cabinet médical.

Les médecins généralistes participants étaient disposés autour d'une table, en arc de cercle. Une restauration leur était proposée à la fin de l'entretien collectif.

2. Organisation des entretiens individuels

Les entretiens individuels étaient réalisés au cabinet médical du médecin participant, sur un créneau horaire de consultation.

B. Déroulement général des entretiens

1. Rappel sur les entretiens collectifs et individuels

Un entretien collectif permet de recueillir la diversité d'opinion, de perception ou de comportement des différents participants. Il nécessite la présence d'un animateur qui distribue la parole aux intervenants et lance les différentes questions, ainsi que d'un observateur pour noter tout élément non-verbal de l'entretien.

Lors de cette étude, le thésard investigateur était l'animateur et le directeur de thèse était l'observateur.

Les entretiens individuels étaient réalisés par le thésard investigateur.

2. Préambule aux entretiens collectifs et individuels

Un rappel du contexte et de l'objectif de l'étude était effectué par l'animateur. Pour les entretiens collectifs, l'animateur précisait aux médecins généralistes participants qu'ils étaient les principaux acteurs de la discussion. Il expliquait également son rôle ainsi que celui de l'observateur. Il était demandé aux médecins généralistes participants, dans la mesure du possible, de parler à tour de rôle, mais sans perdre de la spontanéité.

3. Distribution des objectifs de l'étude

A partir du deuxième entretien collectif, une feuille reprenant l'objectif principal et l'objectif secondaire de l'étude a été mise en place. Elle était distribuée à chaque médecin généraliste participant avant le début de l'entretien. Cette feuille avait pour but de favoriser la mémorisation des objectifs de la discussion et d'éviter les digressions. Elle pouvait également être employée par les médecins généralistes participants à des entretiens collectifs pour noter leurs idées en attendant leur tour de parole.

4. Recueil du consentement

L'animateur expliquait aux médecins généralistes participants que l'entretien (collectif ou individuel) devait être enregistré pour faciliter son analyse ultérieure. Le consentement de chaque médecin généraliste participant était donc recueilli, de façon orale, le jour de l'entretien, avant le démarrage de l'enregistrement.

5. Le guide d'entretien

L'animateur de l'entretien invitait ensuite les médecins généralistes participants à débattre sur l'objectif de l'étude. Les discussions étaient initialement libres, puis dirigées selon un guide d'entretien.

Le guide d'entretien, établi préalablement, permettait à l'animateur de proposer aux médecins généralistes participants d'approfondir certaines thématiques ou d'en aborder de nouvelles.

Ce guide d'entretien pouvait être modifié ou enrichi au cours des entretiens successifs. Il était conçu pour que les thématiques les plus sensibles (aspects administratifs et financiers) soient discutées en fin d'entretien. (Annexes 4 et 4 bis)

A la fin de chaque entretien, il était demandé à chaque médecin généraliste participant de citer une idée forte, en synthèse de l'ensemble de la discussion.

VI. Méthodes de recueil des données

A. Caractéristiques de la population et des entretiens

Les médecins généralistes participants étaient invités à remplir un formulaire à la fin de l'entretien. Ce formulaire était destiné à décrire l'échantillon de médecins généralistes. Les caractéristiques recueillies pour chaque médecin généraliste étaient : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, année d'installation, nombre d'actes par jour, présence de patients inscrits à SOPHIA et niveau de connaissance des principes de l'éducation thérapeutique. (Annexe 5)

La durée d'un entretien (collectif et individuel) était déterminée par la durée de son enregistrement.

B. Données qualitatives

Les entretiens collectifs et individuels étaient enregistrés intégralement.

1. Données verbales

a) Entretiens collectifs

Pour faciliter la constitution des verbatims des entretiens collectifs, les enregistrements étaient effectués à l'aide d'une caméra numérique (modèle SONY HANDYCAM HD®) sur pied fixe.

Un second enregistrement simultané par un dictaphone numérique (modèle SONY IC RECORDER P28®) était également réalisé pour chaque entretien collectif.

b) Entretiens individuels

Les enregistrements étaient effectués uniquement à l'aide du dictaphone numérique (modèle SONY IC RECORDER P28®).

2. Données non verbales

a) Entretiens collectifs

Les données non-verbales étaient recueillies par la caméra numérique (modèle SONY HANDYCAM HD®) ainsi que par l'observateur de l'entretien collectif.

b) Entretiens individuels

Les données non-verbales étaient recueillies directement par l'animateur.

3. Constitution des verbatims

Chaque entretien enregistré était retranscrit intégralement (données verbales et données non-verbales) à l'aide du logiciel de traitement de texte informatique OPEN OFFICE 4®. Chaque retranscription constituait le verbatim de l'entretien correspondant.

Pour préserver l'anonymat des médecins généralistes participants, chacun était désigné dans la retranscription par la lettre « M » (pour médecin) suivie d'un numéro d'attribution unique.

L'animateur était désigné dans la retranscription par la lettre « A ». En cas d'intervention en entretien collectif, l'observateur était désigné par la lettre « O ».

VII. Analyse des données

A. Entretiens et population

Chaque entretien était caractérisé par sa durée, ainsi que par le nombre de participants pour les entretiens collectifs.

La description de l'échantillon de médecins généralistes participants a été effectuée de façon globale.

B. Données qualitatives

Les verbatims ont été l'objet d'une analyse thématique. Celle-ci a été réalisée en plusieurs phases. En premier lieu, un codage ouvert a été effectué. Celui-ci a fait l'objet d'une synthèse avec un autre chercheur par la méthode de triangulation des données. Enfin, un codage axial, permettant une catégorisation thématique des codes ouverts, a été réalisé.

Les codages ouvert et axial ont été réalisés à l'aide du logiciel NVIVO 10®.

RESULTATS

CHAPITRE 1 : ENTRETIENS ET POPULATION

I. Les entretiens

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué du 14 octobre 2014 au 13 avril 2015.

A. Entretiens collectifs

Sur cent trois médecins généralistes sollicités, dix-neuf médecins généralistes ont été volontaires pour participer à un entretien collectif. Avec cet effectif, quatre entretiens collectifs ont pu être organisés (tableau 1). Ils ont eu lieu successivement le 3 décembre 2014, le 4 mars, le 11 mars et le 25 mars 2015. Il n'y a eu aucun désistement.

Les entretiens collectifs ont duré en moyenne 60,5 minutes (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des entretiens collectifs

	Nombre de médecins généralistes	Durée (en minutes)
Entretien collectif n°1	5	60
Entretien collectif n°2	5	64
Entretien collectif n°3	5	62
Entretien collectif n°4	4	56

Seul l'entretien collectif n°3 a eu lieu dans un cabinet médical ; les trois autres se sont déroulés dans un domicile privé.

B. Entretiens individuels

Les deux médecins généralistes sollicités ont été volontaires pour participer à un entretien individuel. Les entretiens individuels ont eu lieu successivement le 24 mars et le 16 avril 2015. Ils se sont déroulés à chaque fois au cabinet médical du médecin généraliste interrogé. Il n'y a eu aucun désistement.

Tableau 2. Durée des entretiens individuels

	Durée (en minutes)
Entretien individuel n°1	18
Entretien individuel n°2	30

C. Saturation des données

A l'issue du codage ouvert du second entretien individuel, la saturation des données a été confirmée. Aucun autre entretien (individuel ou collectif) n'a été réalisé par la suite.

II. Les médecins généralistes participants

Vingt-et-un médecins généralistes ont participé aux entretiens.

Pour constituer les verbatims, chaque médecin généraliste participant a reçu un numéro d'attribution de 1 à 21 précédé de la lettre « M » (pour médecin). Le tableau 3 résume les attributions en fonction des entretiens.

Tableau 3. Correspondance entre entretiens et désignation des médecins

Entretien	Désignation des médecins dans les verbatims
Entretien collectif n°1	M1 à M5
Entretien collectif n°2	M6 à M10
Entretien collectif n°3	M11 à M15
Entretien collectif n°4	M17 à M20
Entretien individuel n°1	M16
Entretien individuel n°2	M21

Tableau 4. Synthèse des caractéristiques des médecins généralistes

Caractéristique	Effectif
Sexe	
Hommes	13
Femmes	8
Age	
Moins de 35 ans	6
De 36 à 45 ans	2
De 46 à 55 ans	7
De 56 à 65 ans	4
66 ans et plus	2
Lieu d'exercice	
Rural	4
Semi-rural	9
Urbain	8
Mode d'exercice	
Seul	7
En cabinet de groupe	10
En maison de santé pluridisciplinaire	3
Autres	1
Nombre d'actes estimé par jour	
Moins de 20	5
De 20 à 30	8
Plus de 30	7
Absence de réponse	1
Nombre de patients adhérents à SOPHIA	
0	7
Moins de 10	9
De 10 à 20	3
Plus de 20	0
Ne sait pas	2
Connaissance des principes de l'éducation thérapeutique	
Bonne	9
Partielle	11
Faible	1
Absente	0

CHAPITRE 2 : DONNÉES QUALITATIVES

I. Propositions des médecins généralistes pour un conseil téléphonique adapté à leurs attentes et intégré à leurs pratiques

A. Pour quels patients atteints de maladies chroniques les médecins généralistes proposent-il le conseil téléphonique ?

1. Pour les patients à la prise en charge difficile

Le conseil téléphonique devait cibler les patients pour lesquels la prise en charge de la maladie chronique était rendue difficile et complexe, notamment par une mauvaise adhésion aux soins.

M11 : Et donc ceux qui vont être plutôt réfractaires aux prises en charge minimums, (...) c'est effectivement à eux que ça doit profiter.

M20 : Ça rendra plus service aux mauvais élèves qu'aux bons.

2. Pour les patients isolés géographiquement

Il a été mis en évidence que le conseil téléphonique pouvait être utile pour les patients éloignés géographiquement des structures d'accompagnement dévolues aux maladies chroniques.

M6 : Moi je suis dans un secteur au bout du monde, et j'ai pas Diabhainaut, j'ai rien. Et donc les gens qui veulent se motiver et rentrer dans une structure, ils sont obligés de faire vingt minutes en bagnole, qu'ils vont jamais faire de leur vie. Donc le conseil téléphonique c'est pas si mauvais que ça.

3. Pour les patients peu mobiles

L'intérêt du conseil téléphonique pour les patients ne pouvant pas se déplacer, en raison de leur âge ou de leur maladie chronique a été souligné.

M10 : Ça pourrait être intéressant pour des patients qui viennent pas au cabinet parce qu'ils ont une obésité ou quoi que ce soit.

M17 : En effet, pour diverses raisons physiques ou psychologiques, ils savent pas se déplacer, ils veulent pas, ils ne peuvent pas, ou ils sont trop vieux. (...) Là ça peut être intéressant en effet.

4. Pour les patients en difficulté sociale

Il a été mis en avant que le conseil téléphonique pouvait concerner les patients d'un niveau socio-intellectuel défavorisé.

M4 : Peut-être pour les patients en situation de précarité par exemple. (...) Ce sont des personnes qui ne sont pas du tout cadrées.

M21 : Et je dirai de niveau bas : niveau intellectuel, on va dire moyen-bas.

5. Pour les patients atteints de maladies chroniques en général

Néanmoins, au cours d'un entretien collectif, des médecins généralistes ont estimé que le conseil téléphonique pouvait être proposé à l'ensemble des patients atteints de maladies chroniques.

M20 : Je pense qu'il faut prendre tout le monde. (...) Parce qu'ils pourront comparer les résultats, les comportements, en fonction des sexes et de l'âge, de la gravité, de l'ancienneté de la maladie !

6. Selon l'âge des patients

Un médecin généraliste a précisé la tranche d'âge qu'il jugeait la plus pertinente pour un conseil téléphonique.

M16 : Les jeunes, je pense que ça marchera pas. Plutôt vers quarante-cinquante ans, quand ils commencent à voir l'âge arriver et ils ont envie de passer des vieux jours corrects.

Pour les enfants atteints de maladies chroniques, il était plutôt envisagé un conseil téléphonique aux parents.

M18 : Aux parents des enfants atteints de maladies chroniques.

7. Selon l'ancienneté de la maladie chronique

Un médecin généraliste a remarqué que le conseil téléphonique ne se justifiait plus en cas de maladie chronique trop évoluée. Un autre médecin généraliste pensait, à l'inverse, que le conseil téléphonique pouvait être davantage pertinent dans le cas d'une maladie chronique avancée.

M16 : Pas forcément ceux qui ont déjà des conséquences de leur maladie, je pense que ça doit être pris dès le départ. (...) Quand il y a déjà de l'arthrose évoluée parce qu'ils font 150 kilos, on va pas récupérer.

M20 : Plus on avance dans sa maladie, quelquefois plus on est coincé, moins on va être réactif.

8. Une utilité moindre pour les patients se prenant bien en charge

Les médecins généralistes ont estimé que le conseil téléphonique était moins utile pour les patients rigoureux vis-à-vis de leur maladie chronique.

M4 : Et puis c'est biaisé, parce que souvent, c'est un peu comme pour la mammographie, pour tous les trucs de dépistage : en fait les gens qui vont adhérer à SOPHIA, sont déjà des gens qui se prennent en charge et qui se suivent bien.

M11 : Nos patients sous pompe à insuline ils ont pas besoin d'un conseil téléphonique je pense. C'est vraiment ceux qui ont le mieux géré leur maladie, qui sont les mieux équilibrés, qui sont les plus jeunes, les plus à même de prendre rendez-vous chez leur médecin traitant, de se déplacer, de voir régulièrement leur diabétologue.

9. Un recrutement des patients géré par le médecin généraliste

Il a été imaginé un recrutement des patients à l'initiative du médecin généraliste.

M17 : Ce serait peut-être à nous d'appeler l'organisme pour dire : « Voilà, ça serait bien d'appeler tel patient. » (...) Mon idéal d'ailleurs, c'est l'organisme qui devrait nous envoyer un mail, genre tous les mois, tous les deux mois ou trois mois, pour nous dire : « Est-ce que vous avez des patients à nous recommander ? »

B. Pour quelles maladies chroniques les médecins généralistes proposent-ils le conseil téléphonique ?

1. Pour le diabète et avec quelques réserves pour l'asthme

Le diabète et l'asthme sont les deux maladies chroniques concernées par le programme SOPHIA. Ils ont été cités comme des exemples typiques de maladies chroniques.

M1 : Les asthmatiques sont quand même des patients particulièrement indisciplinés.

M7 : Le diabète, l'asthme, tout ça, c'est des maladies les plus courantes, enfin les plus fréquentes.

Plusieurs médecins généralistes doutaient pourtant de la pertinence du conseil téléphonique pour le patient asthmatique. Ils avaient des difficultés à en cerner l'intérêt et le fonctionnement en pratique.

M4 : Comment expliquer par téléphone comment utiliser un dispositif pour inhaler un corticoïde ? Comment ça marche ? Comment on fait un débitmètre de pointe ? C'est de l'exemple concret tout ça. Comment les gens vont s'y prendre au téléphone ?

M8 : Je mettrai un bémol sur l'asthme, je suis perplexe.

M18 : Dans l'asthme, je sais pas trop ce qu'ils font (grimaçant). Je sais pas trop ce qu'ils peuvent demander. (...) C'est difficile à voir ce qu'il faut faire.

2. En endocrinologie et pour des maladies métaboliques

M1 : A la limite, l'hyperthyroïdie. Dans les dyslipidémies.

M16 : L'obésité à mon avis ce serait pas mal.

3. En cardiologie

L'hypertension artérielle a été retenue comme maladie chronique pouvant bénéficier d'un conseil téléphonique.

M21 : Dans le chronique ? Bon, l'hypertension.

Un médecin généraliste a jugé l'insuffisance cardiaque inadaptée en pratique pour un conseil téléphonique.

M5 : L'insuffisance cardiaque c'est quand même beaucoup plus technique.

4. En neurologie

L'accident vasculaire cérébral et la sclérose en plaques ont été cités dans les maladies neurologiques chroniques pour lesquelles un conseil téléphonique était envisageable.

M6 : La neuro, les AVC tout ça ? C'est pas mal aussi.

M7 : Parce qu'il y a une maladie comme la sclérose en plaques, où c'est pareil : il y a un nouveau facteur ici, des choses à expliquer aux gens. Et l'évolution est pas toujours évidente. Donc ça peut être utile.

5. En rhumatologie

Les maladies chroniques rhumatologiques ont été mises en avant ; la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose ont été nommées.

M8 : Les pathologies rhumatismales et les lombalgies chroniques

M14 : Mais prenons la polyarthrite rhumatoïde, par exemple, qui est une maladie qui pose plein de problèmes aux gens. C'est vrai qu'on pourrait aussi envisager un conseil là-dessus.

M16 : Tout ce qui est arthrose ? Ça, je pense que ce serait pas mal.

6. En néphrologie

M18 : Les insuffisances rénales.

7. En cancérologie

M18 : Pour ce qui est cancéro.

8. En gastro-entérologie

En gastro-entérologie, les maladies inflammatoires chroniques intestinales ont été citées.

M20 : Les maladies coliques chroniques.

9. En dermatologie

Un médecin généraliste est resté général sur les pathologies dermatologiques chroniques. Un autre médecin généraliste a cité l'atopie, particulièrement chez l'enfant.

M18 : Il y a des pathologies dermato aussi qui peuvent être dans les maladies chroniques.

M21 : Donc peut-être l'atopie chez le nourrisson, ou les gens, les jeunes enfants qui ont des problèmes de peau : c'est du chronique.

10. Pour les maladies orphelines

Un conseil téléphonique pour guider les patients atteints de maladies orphelines a été envisagé.

M10 : Les maladies orphelines. Là j'y crois beaucoup plus. (...) Les familles sont en souffrance et elles ont besoin d'info.

11. En psychiatrie et en addictologie

Lors d'un entretien collectif, deux médecins généralistes ont été partagés sur l'intérêt du conseil téléphonique en addictologie.

M9 : Moi je pense plus en addicto parce que c'est des gens qui arrivent pas à se... enfin, c'est compliqué. M10 : Mais au téléphone (air sceptique), en addicto, tu sais les gens comment ils sont. C'est pas au téléphone qu'ils vont se confier.

D'autres maladies chroniques relevant du domaine de la psychiatrie ont été relevées.

M17 : Dépression chronique.

M18 : Alcool.

M21 : Je dirai en sexologie.

12. Pour les maladies chroniques en général

Cependant, certains médecins généralistes pensaient que toute maladie chronique pouvait potentiellement bénéficier du conseil téléphonique.

M16 : Systématiquement qu'il y ait un conseil pour chaque pathologie vraiment chronique quoi.

L'avis inverse a été néanmoins émis par un médecin généraliste.

M11 : Ça s'adressera jamais à tout le monde et jamais à toutes les pathologies, je pense.

C. Propositions des médecins généralistes concernant les conseillers téléphoniques

1. Les spécialités des conseillers téléphoniques

Pour les médecins généralistes, les conseillers téléphoniques devaient être diversifiés au niveau des champs de compétences, et spécialisés dans certains domaines selon la maladie chronique du patient.

M15 : Donc, un type qui s'occupe du diabète, un autre qui s'occupe de la neurologie, un autre qui s'occupe des pathologies chroniques du tube digestif, peut-être.

a) Des diététiciens ou des nutritionnistes

L'intérêt du diététicien ou du nutritionniste a été souligné.

M11 : Diététicienne, nutritionniste oui.

Le diététicien était préféré à l'infirmier existant actuellement dans le programme SOPHIA.

M10 : Je vois pas trop l'intérêt d'une infirmière. Moi je suis beaucoup plus branché sur de la diététique, une diététicienne.

b) Des médecins

Des médecins généralistes concevaient un conseil téléphonique dispensé par un médecin, notamment un médecin spécialiste dans le domaine de la maladie chronique, pour un meilleur impact sur le patient.

M15 : Un diabétologue.

M16 : Pour le dos, un rhumato. (...) Pour tout ce qui est asthme, pneumologue principalement. Pour l'hypertension, cardiologue, (...) pneumologue aussi parce qu'avec l'apnée du sommeil... (...) Un médecin au départ je pense. (...) Ça aurait plus d'impact.

En revanche, un médecin généraliste n'envisageait pas un médecin comme conseiller téléphonique.

M12 : Moi je pense que c'est complètement utopique de s'imaginer des médecins en train de faire du conseil téléphonique.

c) Des infirmiers

Il a également été retenu comme conseillers téléphoniques des membres du corps infirmier, seuls ou en association avec un médecin. Les infirmiers étaient envisagés pour s'occuper du diabète et de l'hypertension, ou de toute autre maladie chronique s'ils avaient une qualification particulière.

M14 : Moi je dirai un binôme : une infirmière et un médecin.

M15 : Des infirmières diabéto, des infirmières de neuro.

M18 : C'est quand même assez spécifique je pense, la dermato : si on n'a pas des infirmiers en dermato, les plaies euh... (air dubitatif).

M20 : Moi je verrai plutôt des infirmiers par exemple sur diabète, hypertension, des pathologies, on va dire, intriquées.

d) Des pédicures-podologues

Pour les patients diabétiques, les pédicures-podologues ont été cités.

M10 : La pédicure.

M16 : Après les podologues ça peut être bien aussi, surtout pour les diabétiques.

e) Des kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes étaient également des conseillers téléphoniques potentiels.

M13 : Kiné.

f) Le patient-expert

Lors d'un entretien collectif, deux médecins généralistes ont discuté sur l'intérêt du patient-expert pour délivrer des conseils aux autres patients atteints de la même maladie chronique. La formation de ces patients-experts a été exposée mais la nécessité d'un contrôle de l'information délivrée a néanmoins été soulignée.

M9 : Moi j'avais pensé aussi au patient-expert. (...) Il y a des patients qui sont formés à parler de leur pathologie chronique, et ils la connaissent très bien puisqu'ils la vivent. Et donc, je pense que ces personnes-là pourraient aussi intervenir.

M7 : Alors les patients-experts, ça c'est bien dans l'idée. Maintenant faut voir ce qu'ils racontent aux gens. Parce que c'est très bien si on reste dans le domaine maladie-maladie, c'est-à-dire « attention, l'éducation, machin ». C'est beaucoup moins bien parce que les gens ont toujours tendance à dire : « Mais il faudrait que tu vois le docteur machin, le spécialiste truc, tu vois. Tu vas à Valenciennes, mais c'est pas bien, il faut que t'aïlles à Lille, ou à Cambrai ou à Douai, parce que moi je connais machin. » Donc là, ça, je demande à voir.

g) Des assistantes sociales

M8 : On peut rajouter, l'assistante sociale.

h) Des orthophonistes

M8 : On peut rajouter les orthophonistes avec la liste de tout à l'heure.

i) Des éducateurs sportifs

M16 : Coach sportif, ça serait pas mal. (...) L'entraîneur, l'éducateur sportif aussi pour tous les patients.

2. La particularité du psychologue comme conseiller téléphonique

M4 : Il faudrait prescrire des psychologues au téléphone. Ça serait sympa ça, pour justement lever les blocages sur l'activité physique.

a) Le conseil psychologique pour les patients atteints de maladies chroniques

Dans la plupart des entretiens, les médecins généralistes ont jugé utile l'intervention téléphonique d'un psychologue pour les patients atteints de maladies chroniques. Ce type de conseiller téléphonique pouvait apporter une prise en charge complémentaire, en abordant notamment les aspects psychologiques de la maladie chronique. Le psychologue pouvait aussi permettre d'identifier les freins du patient

dans sa prise en charge.

M4 : Maintenant il y a quand même une grosse part de psychologie et relationnelle en fait pour gérer une pathologie chronique.

M5 : Le problème des blocages, le problème de pourquoi on n'avance pas. Ça peut être intéressant, de lever la chose. (...) En fait c'est une prise en charge qui n'existe pas actuellement. Et donc ça ce serait bien. On apporterait quelque chose de différent.

b) Utilité de l'intervention du psychologue dans de nombreuses maladies chroniques

Par ailleurs, des médecins généralistes ont mis en avant que la dimension psychologique était présente dans la plupart des maladies chroniques et nécessitait une exploration.

M5 : A la limite, le psy peut aborder également l'hémoglobine glyquée, mais alors ce serait vu sous un angle différent.

M8 : Les pathologies rhumatismales et les lombalgies chroniques qui eux, je pense, effectivement... L'écoute de temps en temps c'est bien aussi. Et un peu de psycho ça leur ferait pas de mal, dans certains cas.

M15 : Sclérose en plaques ou un truc qui va durer un certain temps, il y a quand même des gens qui vont l'aider. Peut-être des psychologues, oui.

c) Le psychologue est estimé plus judicieux que l'infirmier

Au cours d'un entretien collectif, des médecins généralistes ont clairement montré leur préférence pour le psychologue vis-à-vis de l'infirmier dans le cadre d'un conseil téléphonique.

M1 : Si SOPHIA doit durer, autant que ce soit avec les psychologues plutôt que des infirmières.

M5 : Ce serait certainement plus rentable et plus efficace. Et je l'envisagerai peut-être plus facilement. (...) De toute façon ce sera supérieur à l'infirmier qui téléphone.

d) Avantage du téléphone pour le conseil psychologique

Des médecins généralistes ont souligné que l'outil téléphonique pouvait permettre une sorte d'anonymat du patient. Cela était ressenti comme un avantage dans le cas d'un conseil téléphonique par un psychologue, le patient pouvant parler plus librement.

M2 : Je pense que les problèmes psychologiques, à mon avis, ils [en] parleront peut-être plus facilement, justement, s'ils ont pas la personne en face d'eux.

M21 : Il y a une espèce d'anonymat. (...) Là, le téléphone c'est un avantage, quand justement on veut se cacher un peu.

e) Quelques réserves émises

Néanmoins, il a été mis en évidence que certains patients pouvaient avoir des difficultés à établir une relation avec un psychologue dans le cadre de leur maladie chronique.

M16 : Les gens, ils font un blocage pour le psychologue, je pense. Parce qu'ils vont dire : « Je suis pas fou ! » (...) Un psychologue, je pense que ça peut bloquer, enfin, ça pourrait bloquer les patients.

f) Insérer la consultation psychologique dans un système de conseil téléphonique gratuit

Il a été remarqué que la prise en charge psychologique n'était pas assurée par la Sécurité Sociale. Par l'intermédiaire d'un conseil téléphonique gratuit, cette prise en charge pouvait être plus accessible aux patients atteints de maladies chroniques.

M2 : Bien, déjà que les prises en charge psychologiques, elles sont pas prises en charge au niveau de la Sécurité Sociale.

3. Des conseillers téléphoniques compétents

Lors d'un entretien collectif, des médecins généralistes n'ont pas semblé satisfaits de la formation actuelle des conseillers téléphoniques de SOPHIA. Pour obtenir un conseil téléphonique de qualité, les médecins généralistes souhaitaient des conseillers téléphoniques bien formés, à la rigueur dans plusieurs maladies chroniques.

M12 : Que ce soit peut-être d'autres personnes, formées, clairement, par des médecins ou des infirmières, qui s'occupent du conseil.

M15 : Des gens au fait de chaque pathologie qui pose des problèmes.

4. Autres caractéristiques des conseillers téléphoniques

a) Des conseillers téléphoniques connus du médecin généraliste

Les médecins généralistes ont estimé ne pas assez connaître les conseillers téléphoniques de leurs patients adhérents à SOPHIA. Il a été suggéré une présentation des conseillers aux médecins généralistes.

M12 : On sait pas qui y travaille. Donc faire confiance à des personnes qu'on connaît pas, c'est compliqué. (...). Donc pourquoi pas, à ce moment-là, organiser les choses pour que les gens se présentent au médecin généraliste, qu'on puisse savoir qui est au téléphone.

b) Des conseillers téléphoniques libéraux

Un médecin généraliste a précisé sa préférence pour des conseillers téléphoniques exerçant leur profession en libéral, afin d'avoir une meilleure adéquation avec la pratique de la médecine de ville.

M14 : Pour rendre service au mieux à notre patient, (...) je pense qu'il faut que ça reste des conseils et une prise en charge par des libéraux.

D. Propositions des médecins généralistes sur le contenu du conseil téléphonique

1. Le format du conseil téléphonique

Le contenu du conseil téléphonique devait rester simple et général.

M11 : Le terme « conseil » est beaucoup plus adapté. (...) Là on est plus sur le versant de la vulgarisation médicale que réellement sur de la prise en charge médicale.

M13 : Comme il voit pas le malade, ça doit rester assez général, ça peut pas aller très loin.

Le conseil téléphonique devait s'intéresser à des données quantifiables, voire chiffrées afin de favoriser la suite de la prise en charge. Pour cela, l'idée de grilles ou de questionnaires reproductibles a été imaginée. Il a cependant été mentionné l'importance d'une conversation ouverte entre le conseiller téléphonique et le patient pour ne pas aboutir à un système trop standardisé.

M4 : C'est quantifiable et reproductible, puisque les psychologues de plus en plus utilisent quand même des échelles d'évaluation. (...) Des questionnaires en fait, standardisés, reproductibles.

M20 : On pourrait faire une grille en fait. (...) Il pourrait y avoir plusieurs sujets abordés. (...) Alors il y aurait une case traitement, une case diététique, une case...

M18 : Parce que si c'est trop systématique, peut-être que le patient aura d'autres questions que ce qui est demandé dans la grille.

2. Répéter les conseils du médecin généraliste

Les médecins généralistes ont estimé que le conseiller téléphonique pouvait répéter aux patients atteints de maladies chroniques, l'information délivrée au cours de leurs consultations. Ils ont aussi mis en avant le meilleur impact sur le patient d'une même information délivrée par des interlocuteurs différents.

M6 : Ils vont dire ce que tu dis déjà à tes patients. Mais ça arrive par un autre canal. (...) Tout le monde est d'accord pour dire dans le même sens.

M19 : Peut-être qu'après, s'ils entendent plusieurs fois dire : « Faut faire la prise de sang », peut-être qu'ils la feraient.

3. Un contenu général aux maladies chroniques

a) Les règles hygiéno-diététiques

Les médecins généralistes ont été unanimes pour dire que les règles hygiéno-diététiques devaient être abordées par le conseiller téléphonique. Certains ont proposé que des recettes de cuisine, des idées de menus ou des exercices physiques simples soient donnés au patient.

M7 : La nutrition, l'exercice physique, les choses comme ça. L'asthme, le fait de bouger même si on est asthmatique, c'est quand même pas mal. Le diabétique qui doit bouger, il faut qu'il comprenne qu'effectivement il faut qu'il se bouge un petit peu de temps en temps pour essayer de brûler quelques calories.

M16 : Leur donner le régime de base et puis des idées, si les patients veulent avoir des idées de menus tous les jours, ça ce serait pas mal. Donc là c'est au niveau diététique. Après au niveau activité, connaître le poids de départ, la tension de départ aussi, et puis leur donner un programme d'activités aussi à faire, (...) même si c'est des petits exercices tout simples.

M21 : L'hypertension, on en revient aux règles hygiéno-diététiques, c'est un peu comme le diabète : le régime hyposodé, le régime hypocalorique.

b) La maladie chronique et ses traitements

Des médecins généralistes ont proposé de dispenser un conseil téléphonique sur la maladie chronique en général. Celui-ci devait comporter des notions sur les symptômes et l'évolution de la maladie, sur la connaissance des traitements, sur les recommandations de prise en charge (suivi spécialisé, examens paracliniques), ainsi que sur les conséquences d'une mauvaise prise en charge. Un médecin généraliste a évoqué un conseil téléphonique sur le côté administratif de la maladie chronique.

M9 : La connaissance de sa maladie, la connaissance de ses traitements.

M15 : Il faut que ce soit une prise en charge orientée vers de la pédagogie de la maladie. (...) Des conseils où on explique qu'on est pris en charge à 100 %, que dans certains cas il faut faire une demande d'invalidité.

M16 : Je pense qu'ils doivent parler de la maladie au départ, les risques que les patients encourent, pour leur faire un petit peu peur s'ils font pas les efforts.

c) L'observance thérapeutique

M4 : Il y a l'observance thérapeutique après aussi, qui peut être abordée.

4. Un contenu spécifique selon la maladie chronique

M15 : Faudrait presque un contenu spécialisé pour chaque type de pathologie chronique.

a) Pour le diabète

Concernant les conseils spécifiques à dispenser par téléphone au patient diabétique, les recommandations de prise en charge du diabète ont été évoquées : suivi biologique sanguin et urinaire, surveillance de l'hémoglucotest, des pieds et du fond d'œil. Un médecin généraliste concevait aussi de discuter avec le patient des différents traitements employés (insuline, antidiabétiques oraux).

M15 : Le conseil thérapeutique peut dire en gros : on utilise les cachets, de l'insuline, on soigne les yeux.

M16 : Vérifier qu'ils l'ont fait leur fond d'œil, un suivi podologue.

M20 : « Dosez vous votre sucre ? Est-ce que les prises de sang ont été faites, analyse d'urines ? Quels ont été les résultats ? »

M20 : Il peut quand même demander si son pied a été vu, s'il a pas de mal à marcher, s'il sent bien.

Des médecins ont cependant mentionné que certains aspects de la prise en charge du diabète ne pouvaient pas être envisagés par téléphone.

M4 : Comment veux-tu grader un pied diabétique au téléphone ?

M16 : Tout ce qui est examen, tout ce qui est neuropathie.

b) Pour l'asthme

Le contenu du conseil téléphonique pour le patient asthmatique a été précisé. L'apparition de nouvelles crises d'asthme, le débit expiratoire de pointe (DEP), les traitements (consommation de bêta-2 mimétiques de courte durée d'action, équilibre

du traitement de fond) et le suivi pneumologique ont été les thèmes retenus pour un conseil téléphonique.

M4 : Alors dans l'asthme, paramètre simple : variabilité du DEP. (...) Après j'ai des chiffres, je sais pas trop les interpréter, je les transmets à l'infirmier.

M20 : Consommation de VENTOLINE®. Est-ce qu'il y a eu des nouvelles crises ?

M18 : Si leur traitement dans la journée, c'est bien équilibré.

Un médecin généraliste a proposé que le conseiller téléphonique donne des plans d'action pour les enfants.

M18 : Chez les enfants peut-être, il y a des plans d'action pour l'école.

c) Pour les lombalgies chroniques

Un médecin généraliste a mentionné quelques conseils d'hygiène lombaire pouvant être dispensés par le conseiller téléphonique aux patients atteints de lombalgies chroniques.

M21 : Chez les douloureux chroniques, les lombalgiques par exemple. Là aussi des conseils d'hygiène pour éviter les lombalgies : la literie, la marche, la piscine, les postures.

d) Pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales

Deux médecins généralistes ont discuté au cours d'un entretien collectif sur le conseil téléphonique spécifique pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales. Au-delà des conseils diététiques, les prodromes d'une nouvelle crise pouvaient être abordés par téléphone.

M20 : Dans les maladies coliques chroniques, pareil : conseil diététique.

M17 : Parce qu'il y a des maladies chroniques où on attend à limite qu'ils aient un problème. Par exemple, je sais pas, une maladie de Crohn, s'ils sont bien équilibrés, tout va bien. Par contre un jour ils font une crise, ça va pas, là ils viennent. Ceux-là on n'a pas vraiment forcément de suivi, on attend qu'ils viennent. M20 : Bien qu'on pourrait dépister beaucoup plus vite, s'ils étaient interrogés : sur des diarrhées qui apparaissent, des rectorragies etc.

5. Un contenu personnalisé

Les médecins généralistes ont jugé que le conseil téléphonique de SOPHIA n'était pas assez personnalisé.

M4 : C'est du discours formalisé.

M2 : C'est du par cœur quasiment et c'est pas adapté forcément à chaque individu.

Ils ont souhaité que le contenu du conseil téléphonique soit individualisé, progressif et adapté à chaque patient. Cela a été justifié par le fait qu'il ne pouvait pas y avoir, par exemple, le même contenu du conseil pour deux patients atteints de deux types de diabète différents.

M9 : Que le conseil soit adapté, c'est-à-dire individualisé.

M12 : Il y a le conseil minimal, et puis il y a le conseil plus abouti.

M15 : Le conseil diététique, il peut pas être fait de la même façon à un diabète qui est insuliné, à un diabète qui est gras de type 2, ou un qui est mince de type 2. C'est vraiment personnalisé. (...) Et puis qu'ils puissent avoir l'explication, encore plus élaborée s'ils le désirent.

6. Une répartition des tâches entre le conseiller téléphonique et le médecin généraliste

a) La nécessité d'attribuer certaines tâches au conseiller téléphonique

Le conseiller téléphonique était envisagé comme un intervenant pouvant prendre le relais dans les domaines où les médecins généralistes ne se sentaient pas assez compétents. Il pouvait également remédier au manque de temps du médecin généraliste à aborder en consultation avec le patient tous les aspects de la maladie chronique.

M7 : A mon avis, nous, on pêche quand même pas mal sur les diététiques. (...) Le conseil à distance, ou le conseil téléphonique est très bien si ça concerne un domaine que nous on ne surveille pas, où on n'est pas forcément très bons.

M12 : C'est clairement la répartition des tâches. (...) On garde tout ce qui est médicament, et tout ce qui est évolution, mais on s'enlève la tâche de l'explication des mesures hygiéno-diététiques. (...) Je pense que ça doit vraiment être concentré sur une compétence qu'on n'a pas. Par exemple, sur le diabète, sur tout ce qui est alimentation, on n'a clairement pas les compétences.

M13 : Parce que l'éducation thérapeutique c'est quand même un volet qui nous incombe, qui nous demande énormément de temps. (...) C'est souvent bradé, mal fait etc. Et là il y a un relais à prendre de leur côté.

b) Des limites fixées par les médecins généralistes

Mais la plupart des médecins généralistes ont estimé que le conseiller téléphonique ne devait pas se substituer à leur travail, surtout concernant la prise en charge thérapeutique et les questions purement médicales.

M7 : Le conseil téléphonique doit pas se mettre à notre place sur le suivi précis (traitement, examens complémentaires) du patient.

M12 : Parce que le conseil téléphonique, comme on l'a dit, c'est pas de la prise en charge thérapeutique. (...) Clairement, les recommandations, c'est du médical. (...) L'évolution de la pathologie, c'est quelque chose de médical. (...) L'éducation thérapeutique, elle reste l'affaire du médecin.

M21 : La douleur chronique, je préfère gérer ça en consultation présenteielle.

7. Une contribution du médecin généraliste à l'élaboration du contenu ?

Certains médecins généralistes ont proposé de prendre part à la conception du conseil en donnant un avis sur son contenu ou en communiquant au conseiller téléphonique des consignes spécifiques, selon le patient. D'autres trouvaient cette proposition trop complexe à mettre en pratique et préféraient faire confiance au conseiller téléphonique.

M6 : Toi tu sais, dans le diabète où est-ce que ça coince, pourquoi c'est pas bien. (...) Donc tu peux donner une orientation. (...) « On va appeler cette personne-là, qu'avez-vous à suggérer pour cette personne ? »

M12 : Que ce conseil une fois élaboré soit envoyé au médecin généraliste, pour que ce soit validé et qu'il y ait certaines corrections.

M13 : Faut qu'on fasse confiance aussi parce qu'on pourra pas toujours tout vérifier.

A : Est-ce que le médecin pourrait laisser une consigne spécifique pour un patient et qu'après, que la tâche soit faite par le conseil téléphonique ? M15 : (air septique) Non, c'est trop compliqué.

M20 : Après, on peut nous proposer d'écrire et demander notre avis pour avoir quelque chose qui corresponde effectivement.

E. Propositions des médecins généralistes sur l'organisation du conseil téléphonique

1. Un système de plate-forme

Un conseil téléphonique émanant d'une plate-forme téléphonique a été retenu par la plupart des médecins généralistes.

M12 : Effectivement [les conseillers] fonctionnent comme une plate-forme téléphonique.

2. Les principes de suivi du patient

a) Un suivi régulier et programmé

L'importance du suivi du patient par le conseil téléphonique a été mentionnée et ce suivi devait être planifié.

M16 : Et après qu'il y ait des trucs programmés, (...) parce que sinon les patients, ils risquent de pas rappeler après.

M19 : Donner des rendez-vous réguliers.

M21 : Il faudrait que d'une consultation à l'autre on puisse évaluer le chemin parcouru.

b) Toujours le même interlocuteur pour le patient

Lors des entretiens collectifs, les médecins généralistes ont souhaité, pour des raisons de confiance et de facilité du suivi, que le patient conserve le même conseiller téléphonique à chaque appel.

M3 : Un référent qui appelle tout le temps le même patient. (...) S'il commence avec un patient, il poursuit.

M19 : C'est quand même plus rassurant d'avoir toujours la même personne. Si après, vraiment, il y a des contacts qui se font régulièrement, ils vont pas avoir confiance si c'est pas toujours la même personne.

Un médecin généraliste a précisé que si un patient avait plusieurs conseillers téléphoniques, ceux-ci devaient être de spécialités différentes.

A : Au moins toujours le même diététicien, la même infirmière ? Enfin, ça peut être plusieurs professionnels ? M20 : Oui, même si c'est plusieurs corps de métier.

c) La fréquence des appels téléphoniques

Il ne fallait pas un suivi téléphonique du patient trop fréquent.

M14 : Mon vécu : il se trouve que SOPHIA les appelle trop souvent.

M16 : Suivi régulier mais pas trop rapproché. Que les gens ils se sentent pas pistés tout le temps.

Une périodicité trimestrielle a été retenue pour les patients diabétiques.

M13 : Tous les trois mois à la lecture de l'hémoglobine glyquée.

d) Vérifier l'assiduité du patient

Il a été mis en avant l'intérêt de vérifier la bonne collaboration du patient au programme de conseil téléphonique. Un médecin généraliste a envisagé d'exclure les patients non assidus.

M16 : Parce que quelques fois ils disent : « Oui, je suis le programme. » Faut savoir si c'est vrai ou si c'est pas vrai ! (...) Si le service a appelé et que les patients n'ont pas répondu, les sortir du programme au bout d'un certain nombre d'appels.

M17 : Par téléphone ils peuvent mentir. (...) Cet organisme a pas un moyen de vérification ?

3. L'accessibilité au conseil téléphonique pour le patient

Pour la plupart des médecins généralistes, le patient devait également pouvoir joindre, à souhait, le conseiller téléphonique.

M11 : Une accessibilité maximum, c'est-à-dire que les patients puissent s'y adresser directement ou bien être orientés par leur médecin traitant.

M12 : Et on décide que les mesures hygiéno-diététiques, quand le patient veut en parler, il appelle le conseil téléphonique.

4. Le retour d'information au médecin généraliste

M17 : Le spécialiste nous fait un courrier pour qu'on soit au courant de ce qui s'est passé pendant la consultation. Donc là c'est exactement pareil, sauf que c'est un conseil téléphonique.

a) La nécessité d'un retour d'information

Pour la plupart des médecins généralistes, il était indispensable d'obtenir un retour d'information sur le conseil téléphonique donné aux patients. Ce retour d'information devait permettre aux médecins d'optimiser le suivi du patient.

M2 : Parce que quelques fois, il y a des appels et on n'est pas tenu au courant qu'on les a appelés. (...) Donc, je pense qu'il faudrait avoir un retour, oui. Pour suivre éventuellement le problème.

Un médecin généraliste a remarqué que, pour un patient atteint de plusieurs maladies chroniques, le médecin généraliste pouvait, grâce au retour d'information, synthétiser l'ensemble des conseils donnés au patient et éviter ainsi des incompatibilités de prise en charge.

M11 : Et pour peu qu'il y ait un patient qui ait un diabète, un asthme, une hypertension, qu'il appelle les trois plates-formes et que personne n'échange d'information avec le médecin généraliste, il peut y avoir des conseils qui ont déséquilibré une pathologie ou l'autre.

b) Les moyens de communication pour le retour d'information

i. Eviter le résumé oral fait par le patient

Obtenir uniquement le résumé oral du patient sur son conseil téléphonique n'était pas jugé suffisamment pertinent.

M20 : Ils ont entendu quelque chose, ils ne le répètent peut-être pas toujours dans le sens où ça a été dit.

ii. Le courrier postal

Le courrier postal a été cité comme moyen de retour d'information sur le conseil téléphonique dispensé.

M11 : Un rapport écrit du conseiller.

Lors d'un entretien collectif, ce courrier a été mis sur le même plan qu'un courrier de médecin spécialiste d'organe.

M14 : On peut envisager aussi de commenter le compte-rendu, lors de la consultation qui suit. M11 : Comme on le fait avec celui d'un spécialiste ou d'un diabétologue.

iii. Le courrier électronique et Internet

La voie électronique pour adresser un compte-rendu au médecin généraliste a été évoquée.

M8 : On communique par mail.

M20 : A la limite, ce qui serait peut-être justement intéressant, on va prendre le cas de SOPHIA, c'est qu'à chaque fois qu'ils ont joint quelqu'un, ils nous fassent un rapport sur Internet.

iv. Le courrier électronique crypté

L'utilisation du système de courrier crypté Apicrypt® pour obtenir le retour d'information a été également proposée.

M4 : Il peut passer par les courriers cryptés.

M17 : Dans l'idéal qui, bien sûr, passe par Apicrypt®, comme ça on l'a directement dans notre dossier patient.

v. L'échange par téléphone

Des médecins généralistes ont imaginé une conversation téléphonique entre le conseiller téléphonique et le médecin généraliste.

M12 : Un échange téléphonique avec celui qui délivre le conseil.

c) La fréquence du retour d'information

Plusieurs médecins généralistes n'ont pas souhaité un retour d'information trop fréquent.

M7 : De toute façon, la personne en question va pas faire un courrier toutes les semaines.

Il a été mis en évidence que l'évolution du patient pouvait être lente et qu'un compte-rendu se justifiait davantage à la fin d'un cycle d'entretiens téléphoniques.

M21 : De toute façon, après chaque consultation, je dirai, les progrès peuvent ne pas être palpables. Mais après un certain nombre, on peut faire une conclusion, disons, avoir une conclusion.

Une périodicité de trois à six mois entre chaque retour d'information a été jugée globalement satisfaisante sur l'ensemble des entretiens.

M8 : Ça peut très bien être semestriel.

M16 : Tous les trois mois – tous les mois, c'est peut-être trop, on n'a pas beaucoup de recul – mais au moins tous les trois mois, je pense que ce serait pas mal.

d) Un retour d'information concis

Le problème du temps à consacrer par les médecins généralistes à la prise de connaissance des comptes-rendus a été relevé. Des médecins généralistes ont donc souligné que le compte-rendu devait être le plus succinct possible.

M11 : Maintenant échanger avec la personne qui a conseillé et passer du temps à ça, c'est là où ça va devenir beaucoup plus délicat (...) parce qu'on n'a pas nécessairement ce temps à passer.

*M17 : Parce qu'on n'a pas que ça à faire que de commencer à lire un roman !
Donc faut que ce soit rapidement visible, lisible.*

Un médecin généraliste a précisé les éléments devant figurer dans le compte-rendu : assiduité, résultats, points à surveiller.

M16 : Avec l'assiduité, avec les résultats, surtout que maintenant avec la télémédecine on peut quand même envoyer pas mal de données. (...) Dans ces cas-là nous dire : alerte sur le pied, alerte sur le poids.

F. Un système de conseil téléphonique centré sur le patient

1. La nécessité d'une connaissance mutuelle entre le patient et le conseiller téléphonique

Les médecins généralistes ont constaté que les conseillers téléphoniques pouvaient ne pas connaître le patient aussi bien qu'eux, alors que cet aspect est important pour une bonne prise en charge.

M9 : Je pense que pour éduquer un patient, il faut déjà le connaître un minimum.

Certains médecins généralistes ont mentionné un meilleur impact sur le patient s'il connaissait son conseiller téléphonique.

M9 : Ça a moins d'impact sur le patient, que quand c'est des professionnels qu'il connaît, en particulier des professionnels de son secteur.

M14 : Je les vois mal adhérer à un discours qui va leur être donné par un illustre inconnu.

Un médecin généraliste a proposé de présenter le système au patient par l'intermédiaire d'une brochure d'information avec une photographie des conseillers téléphoniques

M16 : Faudrait envoyer la photo, en faisant une plaquette. (...) Franchement, ça pourrait déjà mettre un visage sur une voix, ce serait pas mal.

2. Adapter le conseil téléphonique au patient

a) Prendre en considération les besoins exprimés par le patient

Le conseiller téléphonique devait prendre en compte les besoins et les demandes du patient, cela afin de favoriser l'écoute du patient et permettre une intervention personnalisée.

M7 : Le conseil téléphonique, ça peut être une écoute d'abord.

M9 : Je pense que ce qui pourrait être fait par téléphone, c'est plus ou moins un diagnostic éducatif, c'est-à-dire quels sont les besoins du patient. (...) Le conseil téléphonique, si on veut qu'il soit percutant, enfin en tout cas qu'il ait un intérêt, il faut qu'il convienne à ce que le patient attend.

b) S'assurer de la disponibilité du patient

Il a été suggéré que le patient fasse part de ses disponibilités au conseiller téléphonique pour programmer la date de l'appel.

M8 : Eventuellement, il y a un tableau, on a les gens en face de nous : « Vous êtes dispo quand ? »

M16 : Et en fonction de leurs disponibilités à eux, la diététicienne appelle.

c) Un conseil téléphonique convivial

Des médecins généralistes ont jugé que le programme SOPHIA pouvait améliorer son approche relationnelle avec le patient. Il a été mis en avant qu'un système de conseil téléphonique devait être bienveillant, convivial, et devait encourager les efforts du patient.

M6 : Alors peut-être que SOPHIA, ils font pas ça dans le bon sens du mouvement. (...) Enfin, il y a sûrement des manières plus subtiles de faire ça. De les encourager à leur rappeler que c'est trois hémoglobines ou quatre hémoglobines glyquées par an.

M16 : Leur montrer l'objectif à la fin et puis (...) les revaloriser un petit peu ; de toute façon, c'est important quand même pour eux.

M20 : Je ne sais pas comment on pourrait rendre ça convivial, mais ça l'est pas systématiquement.

3. Un patient devant néanmoins être volontaire

M4 : Faut qu'il soit au cœur de sa pathologie, donc c'est-à-dire, faut le laisser prendre ses initiatives.

a) La liberté d'adhésion du patient au conseil téléphonique

Il a été mentionné que le conseil téléphonique ne devait pas être obligatoire et que les patients devaient être libres d'y adhérer ou pas, quel que soit l'avis de leur médecin généraliste.

M15 : Mais faut pas que ce soit obligatoire, et faut que les gens puissent avoir recours ; c'est forcément facultatif.

M17 : Donc je leur laisse le choix, c'est évident. (...) S'il a envie d'avoir un conseil téléphonique, qu'on soit d'accord ou pas, il doit l'avoir.

b) Un patient devant être le demandeur du conseil téléphonique

Des médecins généralistes ont précisé que la démarche pour obtenir un conseil téléphonique devait venir du patient et non de la plate-forme. Ils ont jugé vain un conseil téléphonique à un patient non volontaire.

M15 : Moi je vois une démarche qui vienne de la part du malade, pas de la part de la plate-forme. La plate-forme, elle, elle est passive.

G. Une rémunération des médecins généralistes ?

Les médecins généralistes ne proposaient pas d'être rémunérés s'ils avaient des patients qui participaient à un système de conseil téléphonique. Adresser un patient au conseil téléphonique était vu comme une tâche simple et passive.

M11 : J'aurai du mal à encaisser de l'argent juste pour avoir adressé un patient au bon endroit

M14 : Ça ne mérite pas rémunération. C'est comme si on se faisait payer quand on envoie à un spécialiste.

Néanmoins, il a été envisagé une rémunération pour le médecin généraliste si son engagement dans le système de conseil téléphonique lui prenait du temps.

M7 : Alors après le fait de participer à un système organisé ? Oui pourquoi pas. Mais après ça dépend du temps qu'on y passe.

II. Le conseil téléphonique : des objectifs attendus par les médecins généralistes

Pour les médecins généralistes, l'ensemble de leurs propositions devait avoir pour finalité de déboucher sur un système de conseil téléphonique avantageux pour leur pratique professionnelle et pour le patient.

A. Etre une aide complémentaire pour le médecin généraliste

Les médecins généralistes ont souhaité que le système de conseil téléphonique soit envisagé comme un complément à leur consultation, pour les aider à mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques.

M7 : Qu'est-ce que ça peut amener en complément de ce qu'on peut donner ? C'est ça l'intérêt. L'intérêt du conseil, ça doit être ça.

M11 : On peut pas considérer qu'on va déléster l'éducation thérapeutique sur un conseil téléphonique : c'est complémentaire pour optimiser.

M20 : Il faut tout compte fait aussi que toutes ces prises en charge nous aident. (...) Une aide pour le médecin sur le suivi de la pathologie.

B. Les objectifs attendus du conseil téléphonique pour les patients atteints de maladies chroniques

1. Améliorer la connaissance des patients sur leur maladie chronique

Les médecins généralistes ont souhaité qu'avec le conseil téléphonique leurs patients aient une connaissance plus approfondie de leur maladie chronique.

M13 : Mais au moins ils savent de quoi on parle. Quand on leur parle de leur hémoglobine glyquée : « Ah Docteur ! Je sais ce que c'est ! »

M15 : C'est un support qui permettrait aux gens de s'intéresser à leur maladie.

M14 : Accès à la connaissance. Après il faut permettre au patient de s'y retrouver dans tout cet océan d'information, Internet et autres, qu'il peut avoir sur sa pathologie et puis, le réorienter sur des bons rails.

2. Déboucher sur une éducation thérapeutique

Au cours des différents entretiens collectifs, des médecins généralistes ont estimé que le conseil téléphonique, pour être utile, devait aboutir à faire entrer le patient dans une démarche d'éducation thérapeutique.

M4 : On en revient sur l'entretien motivationnel : les représentations de la maladie, pourquoi j'ai peur, ce que je connais et ce qu'on attend de moi, ce que je peux apporter. Si on travaille pas là-dessus, on n'avance pas.

M17 : Est-ce que les mauvais élèves avec nous pourraient avoir une chance de devenir de bons élèves avec le conseil téléphonique ? (...) Le but c'est d'aider le patient.

M20 : Un conseil peut déboucher sur une éducation thérapeutique. (...) Est-ce qu'on peut arriver à modifier les comportements s'ils sont relancés régulièrement ? (...) Faut que ça aboutisse quand même, si le suivi n'est pas correct, à ce qu'il le devienne.

III. Une perspective plus large du conseil téléphonique

Certains médecins généralistes envisageaient que le conseil téléphonique serve de vecteur pour conduire les patients vers d'autres systèmes de prise en charge.

A. Le conseil téléphonique pour mieux orienter les patients atteints de maladies chroniques vers d'autres structures de prise en charge

Pour plusieurs médecins généralistes, le conseil téléphonique pouvait servir à orienter les patients atteints de maladies chroniques vers des structures dédiées à l'éducation thérapeutique, des ateliers de groupes, ou des professionnels spécialisés.

M9 : Ça peut être un moyen pour passer le relais et réorienter les patients vers des structures qui peuvent les prendre d'une manière plus personnalisée. (...) Une prise de contact par téléphone et un relais vers les équipes qui se lancent dans la pratique de l'éducation thérapeutique sur les territoires.

M10 : Le téléphone ne sert plus que d'amorce. Et là, pour des gens volontaires bien entendu, ils peuvent avoir du concret avec quelqu'un en face. Alors là on change de message, il peut être beaucoup plus efficace.

M13 : Des réunions par exemple dans tel ou tel endroit, où il y a plein de gens, plein de personnes qui viendraient écouter l'intervenant. Là c'est parce qu'on est au

téléphone, mais j'imaginerai bien aussi une formation pour tout le monde, dans une salle.

B. Le conseil téléphonique pour la prise de rendez-vous spécialisés

Des médecins généralistes ont imaginé un système de conseil téléphonique pouvant aider les patients à la prise de rendez-vous spécialisés, notamment pour en raccourcir les délais.

M8 : Ça peut en partie simplifier la prise en charge et taper aux bonnes portes tout de suite sans passer du temps monstre. Et en règle générale plus on passe du temps, moins on y va.

M16 : Que la plate-forme puisse quand même orienter vers, à la rigueur même, des spécialistes qui ont des rendez-vous assez facilement.

C. Associer conseil téléphonique et visite au domicile du patient

Il a été envisagé de coupler le conseil téléphonique avec des visites du conseiller téléphonique au domicile des patients. Un médecin généraliste a suggéré que le téléphone serve à évaluer les besoins avant le déplacement au domicile.

M10 : Parce qu'on a pensé que dans le téléphone. Mais est-ce que le téléphone peut pas être aussi articulé avec du déplacement, par exemple au niveau diététique ?

M9 : Si c'est à son domicile, (...) ce serait encore mieux. Mais là on n'est plus dans le conseil téléphonique, on est plus dans une évaluation téléphonique des besoins. (...) L'idéal ce serait qu'il y ait un contact humain qui conclut cette relation. C'est pas uniquement de fil à fil, je pense.

M21 : Donc s'il y a un entretien téléphonique, ça peut au bout d'un certain temps, par exemple, déboucher sur un entretien personnel. Moi, là, je verrais vraiment un progrès.

DISCUSSION

I. Résultat principal de l'étude

Pour les médecins généralistes, le conseil téléphonique est à proposer de préférence aux patients en difficulté vis-à-vis de leur maladie chronique ainsi qu'aux patients isolés pour des raisons physiques ou géographiques. Dans tous les cas, le patient doit être volontaire. La plupart des maladies chroniques peuvent bénéficier du conseil téléphonique. Les conseillers téléphoniques souhaités par les médecins généralistes ne sont pas seulement des infirmiers comme dans le programme SOPHIA mais aussi des diététiciens ou des conseillers médicaux ou paramédicaux ayant des compétences spécifiques dans une maladie chronique. Le psychologue est envisagé comme un conseiller particulièrement utile pour aborder la dimension psychologique des maladies chroniques. Le système de conseil téléphonique s'organise comme une plate-forme téléphonique qui planifie le suivi du patient. Pour favoriser une relation de confiance, le patient doit être suivi par le même conseiller téléphonique, avec un appel tous les trois à six mois. Le conseiller téléphonique peut répéter au patient une information d'ordre général sur la maladie chronique, comme les règles hygiéno-diététiques, ou délivrer une information plus spécifique et personnalisée, après avoir évalué les besoins du patient. Les conseillers téléphoniques n'ont pas à évoquer la prise en charge et les recommandations thérapeutiques qui restent du domaine du médecin généraliste. A la suite de chaque entretien, un compte-rendu concis doit être adressé au médecin généraliste pour la coordination et la suite de la prise en charge. Le conseil téléphonique est vu comme une aide complémentaire au travail quotidien du médecin généraliste. Il peut être un moyen d'améliorer la connaissance des patients sur leur maladie chronique, avec comme perspective de les guider vers une démarche d'éducation thérapeutique. Au-delà de cette fonction, le conseil téléphonique est également perçu comme un moyen pour orienter les patients vers d'autres prises en charge, comme des ateliers

d'éducation thérapeutique, des visites à domicile des conseillers, ou pour favoriser la prise de rendez-vous spécialisés.

Certains points sont restés en débat. Le patient candidat pour le conseil téléphonique doit être volontaire et être en difficulté avec sa maladie chronique. Chez certains patients ces deux critères semblent parfois incompatibles. L'investissement du médecin généraliste dans la conception du conseil est possible mais reste limité puisque l'un des buts retenus du conseil téléphonique est d'alléger sa charge de travail.

II. Validité interne de l'étude

A. Forces de l'étude

1. Entretiens collectifs

Les entretiens collectifs ont permis d'obtenir plus facilement un vaste recueil de données, plusieurs médecins généralistes étant interrogés simultanément. Par comparaison aux entretiens individuels, les débats entre médecins généralistes ont fait émerger davantage de nouvelles propositions.

2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit à partir de questions ouvertes pour inciter les médecins généralistes participants à formuler des propositions. La présence de questions de relance a permis de garder une discussion active et centrée sur l'objectif pendant les entretiens (collectifs et individuels). Les thèmes abordés dans le guide d'entretien ont été suffisamment variés pour répondre à l'objectif de la façon la plus exhaustive possible.

3. Evolution méthodologique suite au premier entretien collectif

Les médecins généralistes du premier entretien collectif ont montré une grande hostilité envers le programme SOPHIA. Cela a entraîné une part de confusion sur le but principal de l'entretien et de nombreuses digressions. La discussion sur l'objectif de travail a dû être recentrée à plusieurs reprises. De ce fait, pour les entretiens suivants, il a été mis en place et distribué aux médecins généralistes une feuille

repreant les objectifs de notre étude. Par ailleurs, le programme SOPHIA n'a plus été cité comme exemple lors de la présentation de l'étude. Le terme générique de conseil téléphonique a été retenu pour les entretiens suivants. Il était attendu que les médecins généralistes évoquent d'eux-mêmes le programme SOPHIA.

Le guide d'entretien a été modifié et enrichi suite aux premiers entretiens. Des ajustements dans l'intitulé de certaines questions ont été effectués. Suite aux critiques formulées lors du premier entretien collectif, un nouveau thème a été introduit. Celui-ci concernait les problèmes posés par le conseil téléphonique SOPHIA actuel ainsi que les solutions envisagées. La mise en évidence des insuffisances possibles du programme SOPHIA pouvait ainsi permettre de faire émerger de nouvelles propositions pour construire un système de conseil téléphonique plus adapté aux besoins des médecins généralistes. Des questions ouvertes ont été ajoutées sur les avantages que pouvait constituer le conseil téléphonique pour le médecin généraliste ainsi que pour le patient. (Annexes 4 et 4 bis)

4. Méthodes d'enregistrement

L'enregistrement par caméscope était la méthode la plus appropriée pour retranscrire un entretien collectif afin de déterminer précisément le médecin généraliste prenant la parole. L'enregistrement simultané avec le dictaphone lors des entretiens collectifs était essentiellement une sécurité contre une éventuelle perte de données. Sa position plus proche des participants que la caméra a néanmoins permis de mieux discerner certains propos pour la rédaction des verbatims.

5. Double codage des données qualitatives

Le codage ouvert des données qualitatives a été réalisé indépendamment par deux chercheurs. Ce double codage, suivi d'une synthèse entre les deux chercheurs par triangulation des données a permis d'éviter autant que possible un biais d'interprétation des propos des médecins généralistes.

B. Faiblesses de l'étude

1. Biais de recrutement

Pour les entretiens collectifs, les médecins généralistes ont été recrutés uniquement dans le Valenciennois et l'Avesnois. Pour des raisons organisationnelles, les médecins généralistes participants devaient être proches géographiquement du lieu de l'entretien. Cela était notamment le cas pour les entretiens collectifs réalisés dans un domicile privé situé dans le Valenciennois. Un entretien collectif a néanmoins été réalisé en se déplaçant dans les locaux des médecins généralistes interrogés. Avec cette méthode, il était possible d'élargir le recrutement en réalisant des entretiens collectifs dans d'autres zones. Cependant cela impliquait des difficultés d'ordre matériel (déplacement, obtention d'une salle pour l'entretien). Pour des raisons d'échéance, il n'était pas possible de consacrer du temps à organiser et à réaliser ces nouveaux entretiens.

2. Représentativité de l'échantillon de médecins généralistes

Il n'était pas possible de déterminer si un échantillon de vingt-et-un médecins généralistes était suffisamment représentatif. Un échantillonnage à variation maximale a été effectué. Il est possible que, dans les zones de recrutement, l'activité des médecins généralistes en rapport avec les maladies chroniques diffère de celle du reste du territoire. Il n'est donc pas possible de généraliser les propositions émises par l'échantillon de médecins généralistes à l'ensemble du département du Nord et à plus forte raison à l'ensemble la France. Pour augmenter la population étudiée et la portée de l'étude, il serait possible de réaliser ultérieurement une étude quantitative à partir des résultats principaux de ce travail qualitatif.

3. Entretiens collectifs

Le risque de l'entretien collectif est d'avoir la présence d'un ou plusieurs leaders d'opinion. Certains médecins généralistes intervenaient en effet davantage et ceux-ci ont peut-être pu influencer les autres participants. La parole a été distribuée autant que possible de façon équitable pour y remédier.

Le caractère dynamique des entretiens collectifs impliquait souvent l'intervention simultanée de plusieurs participants et parfois la présence de conversations à voix basse. Lors de la rédaction des verbatims, de tels passages n'ont pas toujours pu être parfaitement audibles et donc être fidèlement retranscrits.

Ces passages restent rares, mais il n'est pas possible de déterminer s'ils comportaient des propositions en rapport avec l'objectif de l'étude et donc s'il y a eu une perte de données. Ces désagréments sont apparus lors du premier entretien collectif. Pour les limiter, il a été décidé que les entretiens collectifs suivants ne devaient pas comporter plus de cinq médecins généralistes participants.

III. Validité externe de l'étude

Un travail de thèse réalisé en 2013 évaluait l'opinion de médecins généralistes de Lorraine sur le programme SOPHIA (16). La méthode utilisée par l'auteur était comparable à celle de notre étude par l'utilisation d'entretiens collectifs et individuels, ainsi que par l'effectif de vingt médecins généralistes interrogés. L'intérêt du conseil téléphonique pour la diététique et l'éducation thérapeutique était souligné de façon analogue à notre étude. La communication entre le patient, le médecin généraliste et le conseil téléphonique y était jugée insuffisante. Notre travail a pu mettre en avant l'importance d'un retour d'information et a précisé les moyens de communication potentiels entre le conseiller téléphonique et le médecin généraliste.

Une étude française de 2002 (17) mettait en évidence que le contenu d'un conseil téléphonique différait selon la qualification du conseiller (médecin, infirmier...). A l'instar de notre travail, cette étude jugeait importante la connaissance des besoins du patient. Elle proposait en outre de sauvegarder les conseils téléphoniques dispensés et suggérait d'éviter les appels trop longs. Ces deux propositions n'apparaissaient pas lors de nos entretiens. La question de la fréquence des appels a été abordée mais pas celle de leur durée. Il est possible que la durée de l'appel soit déterminée par le patient et par le conseiller téléphonique selon l'objectif de l'appel.

Une étude australienne (18) menée en 2013 cherchait à évaluer l'efficacité de services de « coaching » téléphonique chez les patients atteints de maladies chroniques. Cette étude montrait que le « coaching » téléphonique était plus efficace chez les patients les plus vulnérables. Les auteurs estimaient que le « coaching » téléphonique pouvait être conçu pour faciliter l'accès aux soins, notamment des personnes les plus vulnérables, ainsi que pour pallier les problèmes de compétence que pouvaient éprouver les intervenants en soins primaires. Ils pensaient nécessaire

que le « coach » téléphonique s'adapte aux besoins du patient. Notre étude retrouvait des résultats analogues.

Une étude en soins primaires datant de 2009 (9) montrait de modestes améliorations du respect des règles hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de type 2 et hypertendus bénéficiant d'une intervention téléphonique. Au regard de ces résultats, l'auteur suggérait que l'intervention téléphonique était un outil pertinent pour agir au niveau des règles hygiéno-diététiques chez les patients atteints de maladies chroniques, et pour remédier à la capacité limitée du médecin généraliste à assurer seul cette prise en charge. Notre étude a également montré que les médecins généralistes ne se sentaient pas entièrement compétents dans le domaine de la diététique et qu'ils envisageaient une délégation de cette tâche au conseiller téléphonique.

CONCLUSION

Les propositions des médecins généralistes formulées dans notre travail étaient nombreuses. Il n'est pas certain que toutes ces propositions soient applicables en pratique notamment au sein du programme SOPHIA. Il serait intéressant de réaliser un travail quantitatif pour évaluer les propositions les plus souvent émises. L'application des propositions les plus fréquentes pourrait permettre aux médecins généralistes d'obtenir un conseil téléphonique davantage en accord avec leurs attentes et leurs besoins pour leurs patients atteints de maladies chroniques.

Les programmes de conseil téléphonique pour les maladies chroniques s'articulent autour de trois acteurs : le patient atteint de maladie chronique, le conseiller téléphonique et le médecin généraliste. Dans cette étude, seuls les médecins généralistes ont été interrogés. Il pourrait être intéressant d'effectuer un recueil des propositions des conseillers téléphoniques ainsi que des patients. Par la suite une comparaison des propositions des différents acteurs serait également envisageable.

Par ailleurs, lors de nos entretiens, certains médecins généralistes ont imaginé un conseil téléphonique ne s'intéressant plus uniquement aux patients atteints de maladies chroniques mais à une population plus large, voire à la population générale pour aborder la prévention et le dépistage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. JIM.fr - Suivi des patients diabétiques : Sophia, ça marche ! [Internet]. [cited 2015 Apr 28]. Available from:
http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/21_chirurgie/e-docs/suivi_des_patients_diabetiques_sophia_ca_marche__137455/document_actu_pro.phtml
2. Présentation du service sophia - ameli-sophia [Internet]. [cited 2015 Apr 28]. Available from: <https://www.ameli-sophia.fr/le-service-sophia.html>
3. Lapidos S, Rothschild SK. Interdisciplinary management of chronic disease in primary practice. *Manag Care Interface*. 2004 Jul;17(7):50–3.
4. Jordan RE, Lancashire RJ, Adab P. An evaluation of Birmingham Own Health telephone care management service among patients with poorly controlled diabetes. A retrospective comparison with the General Practice Research Database. *BMC Public Health*. 2011;11:707.
5. Berg GD, Wadhwa S. Diabetes disease management results in Hispanic Medicaid patients. *J Health Care Poor Underserved*. 2009 May;20(2):432–43.
6. Fischer HH, Moore SL, Ginosar D, Davidson AJ, Rice-Peterson CM, Durfee MJ, et al. Care by cell phone: text messaging for chronic disease management. *Am J Manag Care*. 2012 Feb;18(2):e42–7.
7. Tracey J, Bramley D. The acceptability of chronic disease management programmes to patients, general practitioners and practice nurses. *N Z Med J*. 2003 Feb 21;116(1169):U331.
8. Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ, Mah CA, Kraemer FB, Crapo LM. Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes? *Am J Med*. 2000 Jan;108(1):20–7.
9. Eakin E, Reeves M, Lawler S, Graves N, Oldenburg B, Del Mar C, et al. Telephone counseling for physical activity and diet in primary care patients. *Am J Prev Med*. 2009 Feb;36(2):142–9.
10. Blackberry ID, Furler JS, Best JD, Chondros P, Vale M, Walker C, et al. Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemic control of type 2 diabetes: the Patient Engagement And Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013 Sep 18;347(sep18 1):f5272–f5272.

11. Tang PC, Overhage JM, Chan AS, Brown NL, Aghighi B, Entwistle MP, et al. Online disease management of diabetes: engaging and motivating patients online with enhanced resources-diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 2013 May 1;20(3):526–34.
12. Hebert PL, Sisk JE, Tuzzio L, Casabianca JM, Pogue VA, Wang JJ, et al. Nurse-led disease management for hypertension control in a diverse urban community: a randomized trial. *J Gen Intern Med*. 2012 Jun;27(6):630–9.
13. Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques : Evaluation à 1 an et à 3 ans. 2013. Commandité par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
14. Lauvergeon S, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. Mise en place d'un programme de prévention et de prise en charge du diabète en Suisse : le point de vue des patients et des professionnels de la santé. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2013 Oct;61(5):475–84.
15. Morel A, Lecoq G, Jourdain-Menninger D (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Evaluation de la prise en charge du diabète Tome 1. 2012. Rapport n°2012 033P
16. Gegonne X. Quelle est l'opinion des médecins généralistes lorrains sur le service d'accompagnement SOPHIA ? Revue de littérature et enquête qualitative auprès de médecins généralistes lorrains. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nancy: Université de Lorraine Faculté de Médecine ; 2013.
17. Traynard PY, Ouss I, D'ivernois JF, Gagnayre R. [The use of telephone for counseling diabetic patients: a descriptive and pedagogic approach]. *Diabetes Metab*. 2002 Feb;28(1):63–71.
18. Dennis SM, Harris M, Lloyd J, Powell Davies G, Faruqi N, Zwar N. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. 2013 Jun;37(3):381–8.

ANNEXES

Annexe 1 : Textes de loi instaurant le programme SOPHIA

1.) Extrait de la Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (COG CNAMTS) 2006-2009. Chapitre 1, Paragraphe 1.1.2.

« En ce qui concerne les patients atteints de pathologies chroniques, l'Assurance Maladie s'engage à développer des programmes personnalisés de prévention ciblés sur un nombre limité de pathologies importantes en termes sanitaires et financiers contenant des dispositifs de prévention, d'éducation du patient et d'information sur les traitements et l'offre de soins. Elle expérimentera sur ces mêmes pathologies des modes de prise en charge sanitaires innovants éventuellement sous forme de rémunération forfaitaire en vue de réduire les complications liées à ces pathologies, pouvant inclure la prise en compte d'actes de prévention sur la base des référentiels de la HAS. Ces actions seront menées dans le cadre notamment de mesures proposées par le plan « qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » que l'Etat et la CNAMTS s'engagent à mettre en œuvre de façon coordonnée. »

2.) Extrait de l'Article L 162-1-11 du Code de la Sécurité Sociale, modifié par la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 91 JORF 22 décembre 2006

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.»

3.) Extraits du Plan ministériel pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Axe III, mesure 8

« Afin de consacrer notamment le rôle important que les caisses ont à tenir dans ce domaine, la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 autorise les caisses nationales d'assurance maladie à mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. »

« Mise en place d'une coordination nationale (Etat, Assurance Maladie, HAS, INPES) des programmes personnalisés d'accompagnement des malades chroniques prenant en compte la spécificité de chaque malade »

4.) Extrait de la Décision de la CNAMTS du 19 septembre 2008. Article 1

« La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés poursuit la mise en place de la phase d'expérimentation du programme d'accompagnement des patients diabétiques, SOPHIA : recrutement des patients, lancement des centres d'accompagnement, démarrage de l'accompagnement téléphonique et évaluation du programme dans les conditions définies par l'autorisation de la CNIL n°1261011 V3. »

Annexe 2 : Chronologie des départements concernés par SOPHIA

1. Pour le diabète

En 2008 : les dix premiers départements

- les Alpes-Maritimes (06)
- l'Ariège (09)
- la Haute-Garonne (31)
- le Gers (32)
- le Loiret (45)
- le Puy-de-Dôme (63)
- les Hautes-Pyrénées (65)
- la Sarthe (72)
- le Tarn (81)
- la Seine-Saint-Denis (93)

En 2009

- la Réunion (974)

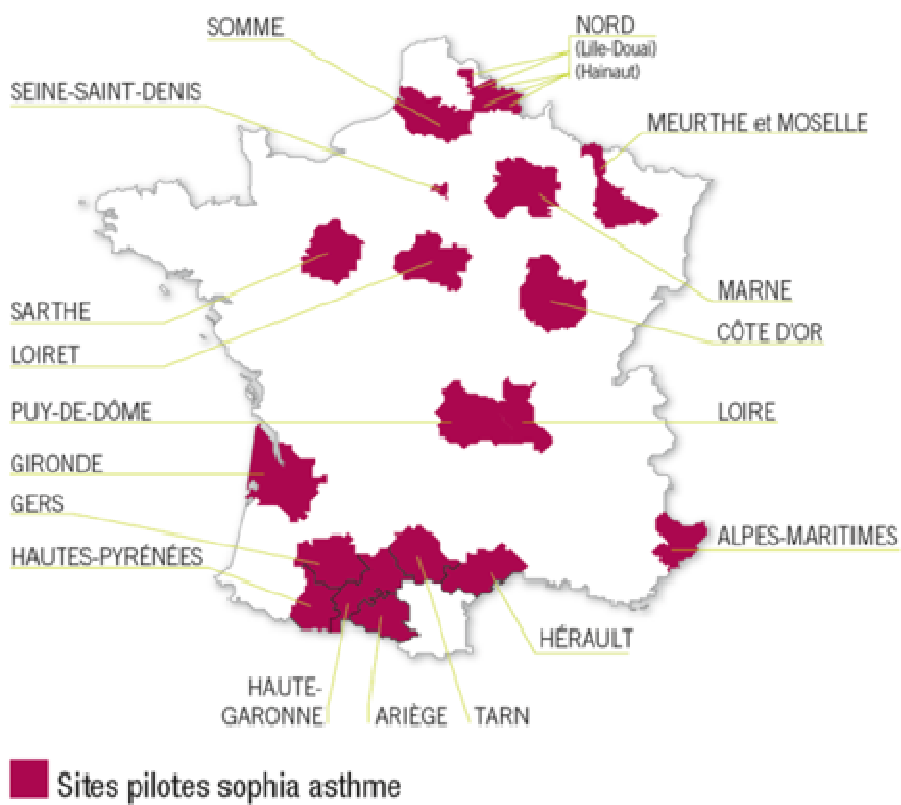
Fin 2010 : huit départements supplémentaires

- la Côte-d'Or (21)
- la Gironde (33)
- l'Hérault (34)
- la Loire (42)
- la Marne (51)
- la Meurthe et Moselle (54)
- le Nord : pour le Hainaut et Lille-Douai (59)
- la Somme (80)

Fin 2012-Début 2013 : quarante-et-un départements supplémentaires

Début 2013 : les quarante-cinq départements restants

2. Pour l'asthme : 18 départements pilotes depuis février 2014



Sources :

<https://www.ameli-sophia.fr/service-sophia/laccompagnement-asthme.html>

<http://www.medscape.fr/voirarticle/3512561>

Annexe 3 : Equations de recherche bibliographique (PubMed et SUDOC)

1. Base de données PubMed

Equation de recherche	Nombre de résultats	Nombre de résultats retenus
diabetes mellitus AND disease management AND health personnel	60	1
diabetes mellitus/prevention and control AND disease management	148	1
diabetes mellitus/nursing AND disease management	53	2
disease management AND general practionners AND diabetes mellitus	0	0
disease management AND general practionners	20	0
telemedecine AND disease management AND diabetes mellitus	35	4
patient satisfaction AND disease management AND diabetes mellitus	40	2
diabetes mellitus AND telephone AND disease management	21	2
quality improvement AND disease management AND diabetes mellitus	3	0
quality improvement AND disease management	72	2
disease management AND voluntary programs	2	0
managed care programs AND diabetes mellitus AND general practice	12	0
managed care programs AND diabetes mellitus AND general praticionners	0	0
chronic disease AND disease management AND general practice	106	7
chronic disease AND disease management AND general praticionners	1	0
interviews as topic AND telephone AND diabetes mellitus	38	4
counseling AND telephone AND diabetes mellitus	25	1
counseling AND quality improvement AND telephone	1	0
counseling AND telephone AND general practictionners	0	0
counseling AND disease management	137	1
counseling AND quality improvement	20	0
TOTAL	794	27

2. Base de données SUDOC

Equation de recherche	Nombre de résultats	Nombre de résultats retenus
opinion médecins généralistes sophia	3	1
sophia diabète	39	1
TOTAL	42	2

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif (version 1)

Bienvenue à tous.

Merci d'avoir répondu présent à cette invitation pour ce focus group. Faisons d'abord les présentations.

Je m'appelle Etienne CORNU, je suis interne de médecine générale, et je réalise, pour ma thèse, un travail de recherche sur le programme de conseil téléphonique SOPHIA.

Voici M. Delgrange, mon directeur de thèse, qui est médecin généraliste à Saultain.

Le but de ce travail est de déterminer ce que les médecins généralistes attendent de ce programme et de savoir ce qu'ils proposent pour l'améliorer.

Je vais donc recueillir vos avis concernant le système actuel ainsi que vos suggestions pour qu'il s'adapte davantage à votre pratique.

Nous allons utiliser la technique du "focus group" pour étudier la diversité d'opinion de perception et de comportement de chacun d'entre vous sur ce thème.

Je vous en rappelle les principes avec les rôles de chacun :

Vous serez donc les principaux acteurs de la discussion de ce focus group.

M. Delgrange tiendra le rôle de l'observateur pour recueillir tous les aspects « non-verbaux » de notre focus group.

Pour ma part, j'assurerai l'animation de l'entretien collectif. Je pourrai vous demander d'approfondir certaines thématiques, et relancerai la discussion pour en aborder de nouvelles.

N'hésitez pas à vous exprimer le plus librement possible ! L'anonymat est entièrement préservé. Dans ma thèse vous serez nommez médecin 1, médecin 2,...

Pour faciliter mon futur travail de transcription des données de ce focus group, je vous demande l'autorisation d'enregistrer votre débat. Merci d'éviter de parler simultanément.

Avant de commencer l'entretien, je vous remercie de remplir ce formulaire afin de connaître la population auprès de laquelle j'effectue mon recueil d'informations aujourd'hui.

N'hésitez pas à profiter de cette modeste restauration !

...et n'oubliez pas de rallumer votre téléphone portable à la fin.

Si tout le monde est prêt, on y va !

1-Question introductive

*Q1. SOPHIA et vos patients avec une pathologie chronique. Qu'en pensez-vous ?
C'est parti, exprimez-vous !*

2-Sur le plan de la communication entre le médecin et l'infirmier

Q2. Comment organiseriez-vous la communication avec l'infirmier-conseil prenant en charge votre patient atteint de pathologie chronique ?

Questions de relance :

Quelle est la méthode de communication souhaitée : téléphone, courriel, plate-forme sécurisée de la CPAM ?

Quel est le contenu du dialogue entre le médecin généraliste et l'infirmier ? (consignes du médecin, compte-rendu de l'infirmier...)

Faut-il créer un dossier de suivi du patient SOPHIA sur site sécurisé ?

La gestion de dossier de suivi doit-elle être rémunérée ?

3-Sur le plan des appels

Q3. D'après vous, pour obtenir un service efficace, comment doit se dérouler l'appel téléphonique ?

Questions de relance :

Qui appelle ? (l'infirmier ? le patient ?)

Qui déclenche un nouvel entretien téléphonique pour le patient ? (le médecin ?)

A quelle fréquence doivent avoir lieu les appels ?

A votre avis, le patient a-t-il toujours le même interlocuteur ?

Cet interlocuteur devrait-il être unique ?

4- Sur le plan du contenu du conseil aux diabétiques

Q4. Concernant le contenu du conseil téléphonique, qu'attendez-vous que l'infirmier délivre comme information au patient diabétique ?

Questions de relance :

Doit-il s'en tenir à des conseils généraux comme les règles hygiéno-diététiques ?

Doit-il donner les recommandations actuelles de prise en charge ?

Quels autres conseils peuvent être abordés téléphoniquement ?

Quelles thématiques sortent du cadre du conseil téléphonique infirmier ?

5- Sur le plan de l'extension du programme aux autres pathologies chroniques

Q5. SOPHIA vient d'être étendu à l'asthme et probablement à l'avenir à d'autres pathologies chroniques. Comment envisagez-vous cette extension du programme ?

Questions de relance :

Quelles pathologies chroniques devraient bénéficier idéalement du programme SOPHIA ?

En quoi le contenu du conseil doit-il différer selon la pathologie chronique du patient ?

Faut-il un infirmier dédié à chaque pathologie chronique ?

6- Sur le plan du recrutement des patients

Q6. Selon vous, comment faudrait-il gérer l'inscription des patients ?

Questions de relance :

Qui recrute les patients ? (la CPAM ? le médecin généraliste ?)

Quels patients inscrire ?

Quels éléments doivent apparaître dans le formulaire d'inscription ?

Et selon la pathologie du patient ?

Qui remplit le formulaire ?

7- Sur le plan financier

Q7. Quel est votre avis concernant la rémunération des médecins généralistes ayant des patients inscrits à SOPHIA ?

Questions de relance :

Quel niveau de rémunération ?

De quoi dépendrait cette rémunération ? (effectifs, efficacité auprès des patients...)

8- Exploration finale

Q8. A la lumière de la discussion que nous venons d'avoir, si vous deviez retenir une idée forte concernant l'amélioration de SOPHIA, quelle serait-elle ?

Questions de relance :

Et une deuxième ?

Et une troisième ?

Annexe 4 bis : Guide d'entretien semi-directif (version 2)

Les modifications par rapport à la première version apparaissent **en caractères gras**.

Bienvenue à tous.

Merci d'avoir répondu présent à cette invitation pour ce focus group. Faisons d'abord les présentations.

*Je m'appelle Etienne CORNU, je suis interne de médecine générale, et je réalise, pour ma thèse, **un travail de recherche sur le conseil téléphonique pour la prise en charge des maladies chroniques**.*

Voici M. Delgrange, mon directeur de thèse, qui est médecin généraliste à Saultain.

Le but de ce travail est de déterminer ce que les médecins généralistes attendent du conseil téléphonique dans leur pratique quotidienne pour la prise en charge des maladies chroniques et de savoir ce qu'ils proposent pour l'améliorer.

Nous allons utiliser la technique du "focus group" pour étudier la diversité d'opinion de perception et de comportement de chacun d'entre vous sur ce thème.

Je vous en rappelle les principes avec les rôles de chacun :

Vous serez donc les principaux acteurs de la discussion de ce focus group.

M. Delgrange tiendra le rôle de l'observateur pour recueillir tous les aspects « non-verbaux » de notre focus group.

Pour ma part, j'assurerai l'animation de l'entretien collectif. Je pourrai vous demander d'approfondir certaines thématiques, et relancerai la discussion pour en aborder de nouvelles.

N'hésitez pas à vous exprimer le plus librement possible ! L'anonymat est entièrement préservé. Dans ma thèse vous serez nommez médecin 1, médecin 2,...

Pour faciliter mon futur travail de transcription des données de ce focus group, je vous demande l'autorisation d'enregistrer votre débat avec le caméscope et le dictaphone. Merci d'éviter de parler simultanément dans la mesure du possible. M. Delgrange distribuera la parole à tous.

A la fin de l'entretien, je vous donnerai un petit formulaire à remplir afin de connaître la population auprès de laquelle j'effectue mon recueil d'informations aujourd'hui.

...et n'oubliez pas de rallumer votre téléphone portable à la fin.

Si tout le monde est prêt, on y va !

1-Question introductive

*Q1. Le conseil téléphonique et vos patients avec une maladie chronique. Qu'en pensez-vous ?
C'est parti, exprimez-vous !*

Questions de relance principales :

Pensez-vous que le conseil téléphonique soit un outil utile pour le médecin généraliste ?

Peut-il vous aider dans la prise en charge d'un malade chronique ? Comment ?

Que proposez-vous pour qu'il s'adapte ou qu'il s'intègre mieux à votre pratique ?

2-Sur le plan de l'organisation du conseil téléphonique

Q2. D'après vous, pour obtenir un service utile, comment doit s'organiser le conseil téléphonique ?

Questions de relance :

Qui appelle ? (l'infirmier ? le patient ?)

Qui déclenche un nouvel entretien téléphonique pour le patient ? (le médecin ?)

Quel interlocuteur le patient doit-il avoir ? Un infirmier, un diététicien, un psychologue... ?

A quelle fréquence doivent avoir lieu les appels ?

A votre avis, le patient a-t-il toujours le même interlocuteur ?

Cet interlocuteur devrait-il être unique ?

Faut-il s'en tenir simplement à des appels ? (visites au domicile, ateliers...)

3-Sur le plan de la communication entre le médecin et le conseil téléphonique

Q3. Comment organiseriez-vous votre communication avec l'interlocuteur prenant en charge votre patient atteint de pathologie chronique ?

Questions de relance :

Comment le médecin généraliste peut-il avoir un retour de l'entretien téléphonique ?

Doit-il laisser des consignes à l'interlocuteur ? Lesquelles ?

Quelle est la méthode de communication souhaitée : téléphone, courriel, plate-forme sécurisée de la CPAM (dossier en ligne) ?

4- Sur le plan du contenu du conseil délivré

Q4. Concernant le contenu du conseil téléphonique, qu'attendez-vous que soit délivrée comme information ?

Questions de relance :

Doit-il s'en tenir à des conseils généraux comme les règles hygiéno-diététiques ?

Doit-il donner les recommandations actuelles de prise en charge ?

Quels autres conseils peuvent être abordés téléphoniquement ?

Quelles thématiques sortent du cadre du conseil téléphonique infirmier ?

Quels bénéfices pour le patient en attendez-vous ?

Quels sont les avantages pour le médecin d'avoir un "partenaire téléphonique" ?

5- Sur le plan de l'extension aux autres pathologies chroniques

Q5. Quelles maladies chroniques devraient bénéficier idéalement d'un conseil téléphonique ?

Questions de relance :

Faut-il un infirmier dédié à chaque pathologie chronique ?

6- Sur le plan des problèmes inhérents au conseil téléphonique

Q6. A votre avis quelles sont les limites de la prise en charge par conseil téléphonique ?

Questions de relance :

L'absence de contact physique peut-elle être un avantage dans certains cas ?

Quels autres problèmes voyez-vous avec le conseil téléphonique ?

La récurrence de l'information ?

7- Sur le plan du recrutement des patients

Q7. Selon vous, comment faudrait-il gérer l'inscription des patients ?

Questions de relance :

Qui recrute les patients ? (la CPAM ? le médecin généraliste ?)

Quels patients inscrire ? Quels patients faut-il cibler ?

Quels éléments doivent apparaître dans le formulaire d'inscription ?

Et selon la pathologie du patient ?

Qui remplit le formulaire ?

8- Sur le plan financier

Q8. Quel est votre avis concernant une éventuelle rémunération des médecins généralistes ayant des patients inscrits à un système de conseil téléphonique ?

Questions de relance :

Quel niveau de rémunération ?

De quoi dépendrait cette rémunération ? (effectifs, efficacité auprès des patients...)

La gestion du dossier de suivi doit-elle être rémunérée ?

9- Exploration finale

Q9. A la lumière de la discussion que nous venons d'avoir, si vous deviez retenir une idée forte concernant le conseil téléphonique pour les maladies chroniques, quelle serait-elle ?

Questions de relance :

Et une deuxième ?

Et une troisième ?

Annexe 5 : CD joint à la thèse

Le CD joint à la thèse comprend :

Au format PDF :

- Les six verbatims des entretiens dans leur intégralité
- Le formulaire de recueil des caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Au format XLS :

- Le tableau reprenant l'ensemble des 47 références bibliographiques
- Le tableau reprenant le détail des caractéristiques de la population

AUTEUR : Nom : CORNU

Prénom : Etienne

Date de Soutenance : jeudi 22 octobre 2015

Titre de la Thèse : Propositions des médecins généralistes pour intégrer au mieux dans leur pratique le conseil téléphonique aux malades chroniques.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : maladies chroniques, conseil téléphonique, médecins généralistes

Contexte : Les programmes de conseil téléphonique, comme SOPHIA en France, se sont développés pour accompagner les patients atteints de maladies chroniques. Ces programmes peuvent ne pas correspondre aux attentes des médecins généralistes.

Objectif : Identifier les propositions des médecins généralistes pour intégrer au mieux le conseil téléphonique dans leur prise en charge du patient atteint de maladie chronique.

Méthodes : Etude qualitative réalisée entre décembre 2014 et avril 2015 par entretiens semi-structurés collectifs et individuels de médecins généralistes du Valenciennois, de l'Avesnois et du Dunkerquois.

Résultats : Les propositions de vingt-et-un médecins généralistes ont été recueillies. Le conseil téléphonique envisagé devait s'organiser autour d'une plate-forme. Il était nécessaire de cibler les patients selon certains critères. La plupart des maladies chroniques pouvaient bénéficier d'un conseil téléphonique. Les conseillers téléphoniques devaient être variés selon leur domaine de compétence. Le patient était toujours suivi par le même conseiller. Le conseil délivré pouvait être d'ordre général ou être spécifique à la maladie chronique. Il devait prendre en compte les besoins du patient pour être personnalisé. Un compte-rendu concis était ensuite adressé au médecin généraliste. Le conseil téléphonique complétait ainsi la consultation du médecin généraliste. Il devait avoir pour perspective d'aboutir à une éducation thérapeutique du patient ou pouvait servir de vecteur pour d'autres structures de prise en charge.

Conclusion : L'application de certaines de ces propositions pourrait permettre aux médecins généralistes d'obtenir un conseil téléphonique davantage en accord avec leurs attentes et leurs besoins pour leurs patients atteints de maladies chroniques.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoît WALLAERT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Paul DELGRANGE