

UNIVERSITE DE DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**FREINS A LA PREVENTION DU PIED DIABETIQUE EN MEDECINE
GENERALE : Etude qualitative auprès de médecins**

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2017 à 18 heures
au Pôle Recherche

Par Elodie TAISNE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FONTAINE Pierre

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Monsieur le Docteur HANNEQUART Philippe

Directeur de thèse :

Madame le Docteur DUMINIL Thérèse

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	8
2. GENERALITES.....	10
2.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	10
2.2 PHYSIOPATHOLOGIE DES PLAIES DU PIED.....	10
2.2.1 La neuropathie périphérique.....	11
2.2.2 L'artériopathie.....	12
2.2.3 Le facteur déclenchant.....	12
2.3 EVALUATION DU RISQUE PODOLOGIQUE.....	13
2.4 MESURES PREVENTIVES.....	14
2.4.1 Les principales mesures préventives.....	14
2.4.2 Les principaux intervenants.....	17
3. MATERIEL ET METHODE.....	20
3.1 CHOIX DE L'ETUDE QUALITATIVE.....	20
3.2 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	20
3.2.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	20
3.2.2 Recrutement de l'échantillon.....	21
3.3 RECUEIL DE DONNEES.....	21
3.3.1 Choix de la méthode.....	21
3.3.2 Elaboration du guide d'entretien.....	22
3.3.3 Conditions de recueil.....	23
3.4 ANALYSE DES DONNEES.....	23
3.4.1 Transcription.....	23
3.4.2 Codage.....	24

3.5 ETHIQUE.....	24
4. RESULTATS.....	25
4.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	25
4.2 DIVERSITE DES PRATIQUES DE DEPISTAGE.....	26
4.2.1 Dépistage de la neuropathie.....	26
4.2.2 Examen des pieds.....	28
4.3 EDUCATION DES PATIENTS.....	31
4.3.1 Les messages d'éducation délivrés.....	31
4.3.2 Les méthodes d'éducation utilisées.....	34
4.4 PRESCRIPTION DES SOINS DE PEDICURIE.....	35
4.4.1 Des soins importants.....	35
4.4.2 Des motifs de prescription variés.....	36
4.4.3 Place du remboursement.....	37
4.5 FREINS A LA PREVENTION DU PIED DIABETIQUE.....	38
4.5.1 Le manque de temps.....	38
4.5.2 Le manque d'observance des patients.....	41
4.5.3 Une complication oubliée et mise au second plan.....	42
4.5.4 De nombreux doutes émis par les médecins.....	42
4.5.5 Autres difficultés.....	46
4.6 PISTES D'AMELIORATION PROPOSEES.....	47
4.6.1 Des propositions partagées entre les médecins.....	47
4.6.2 Des pistes d'amélioration qui divisent.....	50
4.6.3 Des interrogations sur l'amélioration de l'éducation.....	53

5. DISCUSSION.....	55
5.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	55
5.1.1 Les forces de l'étude.....	55
5.1.2 Les limites de l'étude.....	56
5.2 PRINCIPAUX RESULTATS.....	57
5.2.1 Freins à la prévention du pied diabétique.....	57
5.2.2 Des pistes d'amélioration à explorer.....	60
5.2.3 Confrontation avec les résultats des patients.....	64
6. CONCLUSION.....	66
7. BIBLIOGRAPHIE.....	68
8. ANNEXES.....	72

1. INTRODUCTION

En 2015, 5% de la population française soit 3.3 millions de personnes étaient traitées pour un diabète (1). La prévalence de cette pathologie n'a cessé de croître ces dernières années. Le diabète reste une pathologie grave par la sévérité de ses complications sources de handicap et d'une altération de la qualité de vie (2). Il est également un facteur de mortalité, l'OMS estime qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde (3).

Le pied diabétique est une des complications du diabète dont le pronostic est déterminé par le risque de survenue d'une lésion ulcérée pouvant conduire à l'hospitalisation et parfois l'amputation. En 2013, en France, plus de 20 000 diabétiques ont été hospitalisés pour une plaie du pied et 8 000 ont subi une amputation d'un membre inférieur (4).

Pourtant, selon les recommandations de 2011 du groupe international de travail sur le pied diabétique, « une stratégie comprenant la prévention et l'éducation du patient et du personnel, une prise en charge multidisciplinaire des ulcères et une surveillance étroite permettraient de réduire le taux d'amputation de 49 à 85% »(5).

Les médecins généralistes suivent seuls 87% des patients diabétiques sans avoir recours au diabétologue (6), ils ont donc un rôle clé à jouer dans la prévention. Cependant, le dépistage et le suivi podologique en médecine générale restent encore insuffisamment pratiqués. Dans l'étude ENTRED, 57% des médecins ne connaissaient pas le niveau de gradation podologique de leurs patients (6).

Au vu des bénéfices liés à une prévention optimale, la question s'est posée de comprendre ce qui entravait la mise en œuvre des mesures préventives.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer les freins des médecins généralistes à la mise en place de la prévention du pied diabétique.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Confronter les données recueillies avec une étude similaire réalisée chez les patients.
- Proposer des pistes d'amélioration pour cette prévention.

2. GENERALITES

2.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

La prévalence du diabète a presque doublé depuis 1980 passant de 4.7% à 8,5% de la population mondiale (2). En France, cette progression du nombre de diabétiques enregistre un ralentissement ces dernières années (1) ; le taux de croissance annuel moyen est passé de 5.4% à 2.3% entre la période 2006-2009 et 2009-2013. Ces chiffres sont encourageants.

Toutefois, le pied diabétique reste la première cause d'amputation non traumatique et toutes les 30 secondes, un membre inférieur est encore perdu dans le monde à cause du diabète (5). Ces amputations ont des conséquences lourdes en terme de mortalité, 30% des patients décèdent dans l'année suivant une amputation et 70% dans les 5 ans (5). Son coût est également élevé, les complications liées au pied consomment 15% des ressources de santé consacrées au diabète d'un pays (5).

En France, les disparités régionales persistent et la région Nord Pas De Calais est particulièrement touchée. La prévalence du diabète était supérieure de 5.2% à celle du reste de la France en 2013. Le constat était le même pour les complications du pied avec un taux d'incidence des hospitalisations respectivement 1.5 fois supérieur pour les amputations et 1.3 fois supérieur pour les plaies par rapport au taux national (7).

2.2 PHYSIOPATHOLOGIE DES PLAIES DU PIED DIABETIQUE

Les plaies du pied chez le diabétique sont la combinaison de deux mécanismes diversement associés, la neuropathie périphérique et l'artériopathie, auxquels s'ajoute un facteur déclenchant, le plus souvent un traumatisme. L'infection est un élément de gravité (8).

2.2.1 La neuropathie périphérique

La neuropathie est considérée comme la cause de 80 à 90% des ulcérations chez le diabétique (8). Il s'agit le plus fréquemment d'une polyneuropathie bilatérale, distale et symétrique pouvant associer 3 types d'atteintes : sensitive, motrice et végétative (9).

- La neuropathie sensitive

Elle conduit à la perte de l'alerte douloureuse en cas de traumatisme. Les microtraumatismes (frottements du pied dans la chaussure, mycoses, brûlures) sont par conséquent ignorés du patient entraînant un retard de diagnostic des lésions. Ce type d'atteinte, par l'insensibilité douloureuse et thermique qu'elle génère, est la plus fréquente à l'origine de l'ulcération (9).

- La neuropathie motrice

La neuropathie motrice entraîne une atrophie des muscles interosseux, un déséquilibre entre les muscles extenseurs et fléchisseurs du pied et une altération de la laxité ligamentaire ce qui contribue à une déformation du pied. Ces déformations sont à l'origine de zone d'hyper-appui favorisant les microtraumatismes et une hyperkératose qui deviendra le lit d'une ulcération (9).

- La neuropathie végétative

La neuropathie végétative dite « autonome » vient aggraver la situation ; elle est responsable de troubles de la sudation, source de sécheresse cutanée qui favorise l'hyperkératose et les fissurations. Elle provoque également des troubles vasomoteurs qui entraînent une réduction de l'oxygénation tissulaire. Ce phénomène favorise la résorption osseuse qui aboutit à des déformations sévères et peut conduire à l'extrême au pied de Charcot (9).

Ainsi, la neuropathie périphérique peut entraîner au niveau des pieds, une perte de la sensibilité thermo algique supprimant tout signe d'alerte en cas de conflit entre la peau et un élément agressif, des troubles de la statique et une sécheresse cutanée. Les pieds deviennent, dans ce contexte, une zone très vulnérable au risque de plaie (10).

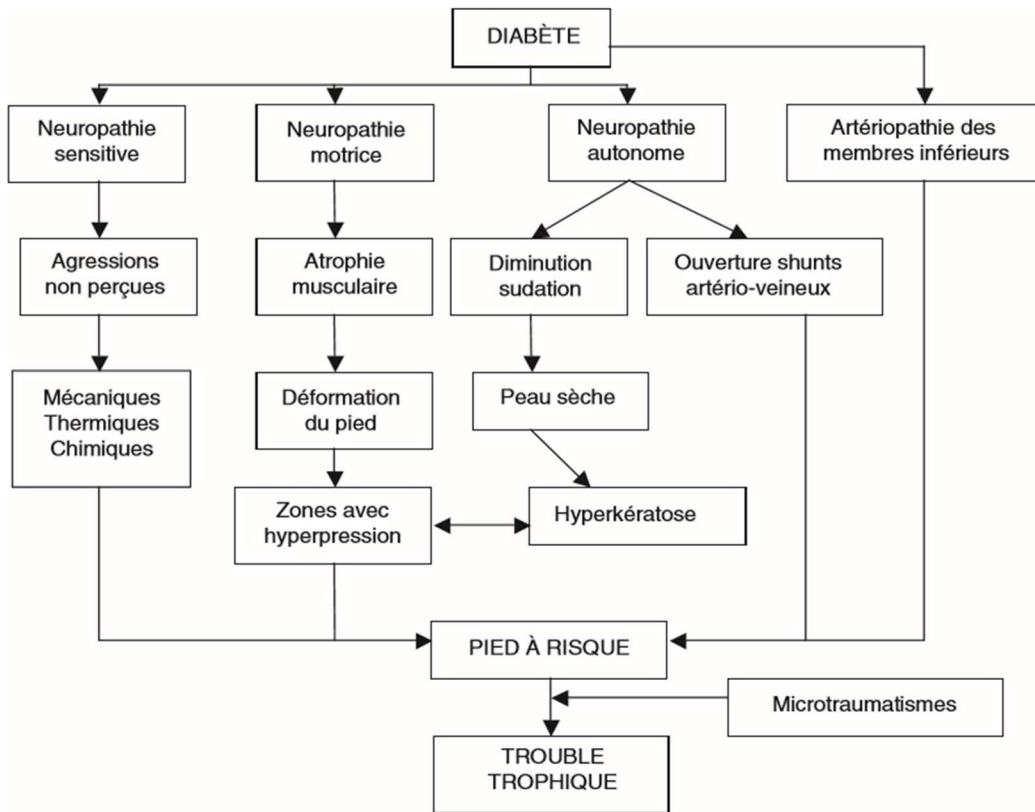
2.2.2 L'artériopathie

L'artériopathie des membres inférieurs chez le diabétique est plus fréquente, plus distale et plus diffuse que chez le non diabétique (11). Elle est rarement la seule cause à l'origine de la survenue d'un ulcère, seulement 10 à 15% des ulcères sont liés uniquement à une insuffisance artérielle. Les ulcérations surviennent le plus souvent quand l'artériopathie est associée à la neuropathie (8). Elle constitue un facteur aggravant entraînant un retard de cicatrisation (9).

2.2.3 Le facteur déclenchant

Les lésions du pied sont dans 95% des cas occasionnées par un traumatisme mineur. Les facteurs déclenchants les plus fréquents sont : des chaussures inadaptées, les mycoses interdigitales, les ongles blessants, la présence de corps étrangers dans la chaussure et la marche pieds nus (11).

Mécanismes physiopathologiques de l'ulcération du pied chez le diabétique (9) :



2.3 EVALUATION DU RISQUE PODOLOGIQUE

Le niveau de risque lésionnel du pied diabétique se décline selon quatre grades et s'appuie en premier lieu sur la recherche de la neuropathie périphérique sensitive (10). Les quatre grades définis par le groupe international de travail sur le pied diabétique sont (5) :

- Grade 0 : Absence de neuropathie sensitive.
- Grade 1 : Neuropathie sensitive isolée.
- Grade 2 : Neuropathie sensitive associée à une artériopathie et/ou à une déformation.
- Grade 3 : Antécédent d'ulcération de plus de 4 semaines et/ou d'amputation des membres inférieurs.

Selon les données de la HAS (12), la neuropathie sensitive isolée se définit par un test au monofilament de 10 g anormal. Son utilisation est décrite en annexe. L'artériopathie se définit par l'absence d'au moins un des deux pouls du pied ou par un IPS < 0.9. Les déformations peuvent être innées ou acquises, il peut s'agir de la présence d'orteils en griffe ou en marteau, d'un hallux valgus ou d'un pied creux avec des zones d'hyperpression sur les têtes métatarsiennes.

Chaque grade est associé à un risque lésionnel. Le risque d'amputation est présent à partir du grade 2 selon Peters (10) . Au grade 0, le risque d'ulcération est présent mais la perception n'est pas altérée et la prise en charge sera précoce. Au grade 1, le risque lésionnel est multiplié par 5, au grade 2, par 10 et au grade 3, par 25 (13).

2.4 MESURES PREVENTIVES

Cette gradation permet de mettre en place des mesures préventives en fonction du niveau de risque (8).

2.4.1 Les principales mesures préventives

- L'examen des pieds

Dès le grade 1, le médecin doit inspecter les pieds de ses patients diabétiques à chaque consultation à la recherche de plaies ou de pathologies pré-ulcératives telles qu'une zone d'hyperkératose, une fissure ou une sécheresse cutanée excessive.

- L'évaluation du chaussage

Il doit être réalisé à chaque consultation en même temps que l'inspection des pieds. Pour le grade 1, des chaussures spécialisées ne sont pas nécessaires mais, le

patient doit privilégier des chaussures assez larges. L'intérieur doit être supérieur de 1 à 2 cm au pied lui-même, soit généralement une pointure au-dessus. Le bon ajustement doit être évalué en position debout et de préférence en fin de journée (3). Les chaussures ne doivent pas présenter de coutures intérieures et un cuir souple est à privilégier (14).

- L'éducation du patient et de l'entourage

L'éducation thérapeutique des patients diabétiques à risque est capitale pour tous les experts. Elle s'adresse seulement aux patients à risque de grade 1, 2 et 3 et non pas à tous les diabétiques (15). Elle comprend l'apprentissage de l'auto surveillance des pieds, le soin des pieds, le chaussage et la conduite à tenir en cas de plaie.

Les points à aborder dans l'éducation du patient à haut risque sont (10):

- Concernant l'auto surveillance :

Un examen quotidien des pieds, espaces interdigitaux compris. Si le patient n'en est pas capable lui-même, une tierce personne doit y procéder.

- Concernant l'hygiène des pieds :

Un lavage régulier des pieds et leur séchage méticuleux notamment entre les orteils sont requis ;

La température de l'eau doit toujours être inférieure à 37°C ;

Une crème hydratante doit être utilisée en cas de peau sèche, en évitant les espaces interdigitaux ;

Les ongles doivent être coupés droits ;

L'hyperkératose est à faire enlever par un pédicure podologue.

- Concernant le chaussage

Il ne faut pas marcher pieds nus ni porter de chaussures sans chaussettes ;

L'inspection et la palpation quotidienne de l'intérieur des chaussures s'imposent.

Il est nécessaire de changer de chaussettes tous les jours (chaussettes sans coutures).

- Le patient doit avertir les soignants en cas de phlyctène, de plaie, abrasion ou coupure et doit s'assurer que les soignants examinent régulièrement ses pieds.

- **Traitement des anomalies à risque**

Les pathologies pré-ulcéraives telles que les cors, les durillons et les fissures doivent faire l'objet de soins spécifiques urgents, lesquels sont assurés par les pédicures podologues.

- **L'appareillage préventif**

Le but est de limiter les conflits et d'améliorer la protection des zones à risque par la réalisation d'orthèses plantaires ou d'un chaussage sur mesure. Cet appareillage s'adresse aux patients grade 2 et 3.

Mesures préventives en fonction du risque podologique selon le guide de parcours de soins de l'HAS (12)

Grade de risque podologique	Mesures préventives	Professionnels, fréquence de suivi
Grade 0	Examen de dépistage annuel	MG (1/an) ou endocrino-diabétologue
Grade 1	Examen des pieds et évaluation du chaussage Éducation (hygiène, auto-examen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, mesures de prévention dans les situations à risque selon le mode de vie, conduite à tenir en cas de plaie) Aide de l'entourage	MG (à chaque consultation) Pédicure-podologue Infirmier (personnes âgées ou avec handicap)
Grade 2	Idem grade 1 + Soins de pédicurie réguliers Correction des anomalies biomécaniques Avis sur l'indication d'orthèses et d'un chaussage approprié Prise en charge de l'artériopathie, si existante Recours à un réseau de santé	MG (à chaque consultation) Endocrinologue Pédicure-podologue (tous les 3 mois) Infirmier (personnes âgées ou avec handicap) Spécialiste MPR Podo-orthésiste Réseau de santé
Grade 3	Renforcement des mesures définies pour le grade 2 Appareillage systématique (défini par le centre spécialisé) Surveillance régulière par un centre	Idem grade 2 + Centre spécialisé (bilan annuel) Soins podologiques (<i>au moins</i> tous les 2 mois)

2.4.2 Principaux intervenants

- Le médecin généraliste

Le médecin traitant évalue le risque podologique à minima une fois par an et coordonne la prise en charge préventive en incluant la prescription des soins podologiques pour les grades 2 et 3 (16). La gradation du pied diabétique reste sous la responsabilité du médecin selon les recommandations françaises (17). Le médecin

traitant doit examiner les pieds et évaluer le chaussage à chaque consultation pour les patients à risque (Les grades 1, 2 et 3). Il doit réaliser également une éducation de ses patients.

- Le pédicure podologue

La convention nationale des pédicures-podologues et la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie ont permis la prise en charge de forfaits annuels de prévention des lésions du pied pour les patients grades 2 et 3. Pour le grade 2, le forfait annuel comprend quatre séances de soins de prévention par an et pour le grade 3, six séances par an (18).

Les séances comportent 5 points de prise en charge (17) :

- Un examen des pieds et la gradation du risque podologique
- Des soins de pédicurie-podologie
- L'éducation du patient
- L'évaluation du chaussage
- La mise en place d'un chaussage adapté si nécessaire.

Les pédicures podologues assurent les séances de prévention des grades 2 et 3 et sont également intégrés à l'équipe multidisciplinaire qui voit annuellement les patients de grade 3.

- Les réseaux de santé

Quatre-vingt réseaux diabète sont actuellement en place sur le territoire français. Ils sont coordonnés au niveau national par l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDE) (19). Les réseaux rassemblent des médecins généralistes, spécialistes, diététiciens, infirmiers, podologues, pharmaciens et usagers autour de protocoles de soins communs pour une meilleure organisation des soins (2).

Six réseaux de santé sont implantés dans le Nord Pas De Calais. En 2011, 3368 patients ont bénéficié d'une prise en charge éducative au sein d'un réseau soit 2% de la population diabétique régionale (20). Les principaux thèmes d'éducation abordés sont l'activité physique adaptée, l'éducation alimentaire et la gestion de la maladie.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 CHOIX DE L'ETUDE QUALITATIVE

Les freins à la prévention du pied diabétique ont été explorés par une étude qualitative. Cette étude a été réalisée en deux temps. Neuf entretiens individuels semi dirigés ont été effectués initialement puis un focus group regroupant six médecins généralistes est venu compléter l'étude.

La méthode qualitative a été retenue pour plusieurs raisons :

- Elle est particulièrement adaptée aux questions de médecine générale grâce à son approche compréhensive de la santé et des déterminants de soins (21).
- Cette méthode permet d'étudier les relations entre la réalité du clinicien et la « science dure »(21); les pratiques et les difficultés des médecins généralistes ont ainsi pu être analysées.
- La recherche qualitative est inductive et génère des hypothèses (22); elle répond à l'objectif secondaire par la recherche de pistes d'amélioration.

3.2 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

3.2.1 Caractéristiques de la population étudiée

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste installé ou remplaçant exerçant dans le Nord Pas de Calais. Les médecins hospitaliers ou les internes ont été exclus.

L'échantillonnage était dit « raisonné à variation maximale ».
« Raisonné », afin de garantir la validité externe, les participants ont été sélectionnés pour être typiques de la population cible et « à variation maximale » afin d'obtenir une diversité des pratiques et des opinions. Des médecins généralistes, hommes et

femmes, d'âges et de modes d'exercices variés ont donc été recrutés.

3.2.2 Recrutement de l'échantillon

- Entretien

Le recrutement des médecins s'est étalé sur une durée de cinq mois entre janvier et mai 2016. Ils étaient recrutés parmi les maîtres de stage de la Faculté Catholique de Lille et parmi ceux rencontrés lors du parcours de l'investigateur. Les neuf médecins ont été contactés par téléphone pour savoir s'il était possible de les rencontrer à leur cabinet afin de les interroger pour un travail de thèse. Tous ont accepté. Le sujet de l'étude n'était pas abordé afin de permettre un entretien spontané. Le nombre de médecin à interroger n'était pas déterminé au préalable.

- Focus group

Le recrutement des médecins a été réalisé en octobre 2016 par téléphone. La date et le lieu de rendez-vous avaient été fixés par avance. Les médecins étaient prévenus que le focus group porterait sur les complications du diabète. Neuf personnes ont été contactées. Elles ont été recrutées de la même manière que pour les entretiens. Trois personnes ont refusé d'y participer car la date ne leur convenait pas. Au total, six médecins ont pu participer au focus group.

3.3 RECUEIL DE DONNEES

3.3.1 Choix de la méthode

Deux méthodes de recueil de données ont été utilisées dans cette étude. Les entretiens semi dirigés permettent d'aborder des sujets plus délicats (21). Cette méthode d'entretien était la plus adaptée pour favoriser l'expression des médecins sur

leurs pratiques et leurs difficultés quotidiennes. Le focus group a pour avantage de créer une dynamique de groupe et ainsi d'explorer et de stimuler les différents points de vue par la discussion (23). Il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour faire émerger des idées nouvelles et des perspectives de réflexion (23) sur le pied diabétique. La triangulation des méthodes de recueil de données renforce la validité interne de l'étude (21).

3.3.2 Elaboration du guide d'entretien

Les données de la littérature recueillies sur le pied diabétique ont permis d'élaborer le guide d'entretien en retenant les thèmes les plus pertinents.

Le guide d'entretien débutait par le recueil d'informations sur les caractéristiques auprès des médecins interrogés : âge, type et lieu d'exercice. La première question dite « brise-glace » portait sur les complications du diabète rencontrées dans leur patientèle. Puis quatre thèmes étaient abordés. Le premier sujet abordait leurs pratiques en matière de dépistage et d'éducation des patients sur le pied diabétique. Le deuxième thème portait sur le recours à des professionnels extérieurs dans cette prévention. Dans un troisième temps, les médecins étaient interrogés sur leurs difficultés à mettre en place cette prévention au quotidien. Enfin, la dernière question portait sur les pistes à envisager pour optimiser la prévention du pied diabétique.

Le guide du focus group a été conçu après que tous les entretiens individuels aient été analysés. Le but de ce focus était de diversifier les méthodes de recueil, d'approfondir la réflexion sur les difficultés rencontrées par les médecins et de repérer des pistes d'amélioration éventuelles. Le focus débutait en demandant l'avis des médecins sur les deux principales difficultés mises en évidence lors des entretiens. Dans un deuxième temps, les médecins ont été interrogés sur leur pratique en matière de dépistage et leurs préconisations pour améliorer sa mise en place. Enfin, ils ont été interrogés sur les messages d'éducation qu'ils délivraient à leurs patients diabétiques puis sur leurs propositions pour améliorer cette éducation.

3.3.3 Conditions de recueil

Les entretiens individuels ont eu lieu dans les cabinets des médecins. Les médecins choisissaient l'heure du rendez-vous. Une plage horaire de quarante-cinq minutes était prévue, le plus souvent, après les consultations. Le rendez-vous n'avait pas lieu entre deux consultations pour préserver la qualité de l'entretien. L'entretien débutait par un remerciement de leur participation et une présentation du thème de l'étude. La conversation était enregistrée à l'aide d'un dictaphone et l'anonymat des données garanti.

Le focus group s'est déroulé le 23 novembre dans une salle de réunion neutre. Six médecins ont accepté d'y participer. Le focus group a été animé par la directrice de thèse, le Docteur Duminil. Chaque interviewer a pris la parole un par un. L'animatrice a été attentive à ce qu'il n'y ait pas de leader afin que chacun puisse exprimer son point de vue.

La durée moyenne des entretiens était de 42 minutes. L'entretien le plus court a duré 26 minutes et le plus long 50 minutes. Le focus groupe a duré 52 minutes.

3.4 ANALYSE DES DONNEES

3.4.1 Transcription

L'entretien et le focus group ont été retranscrits intégralement sur Word ; mot à mot, à partir de l'enregistrement audio. L'anonymisation des données était immédiate lors de la retranscription. Chaque médecin était identifié par l'appellation « M1 » puis « M2 » et ainsi de suite pour chaque entretien.

3.4.2 Codage

Une fois l'entretien retranscrit, il était codé grâce au logiciel NVivo 11. Ce codage après chaque entretien permettait d'adapter et d'enrichir le guide d'entretien si nécessaire. L'analyse qualitative débutait par un codage axial des verbatim. Chaque partie du verbatim était classée dans un code représentant l'idée qu'il véhiculait. Cette étape a été réalisée par deux médecins permettant une triangulation des chercheurs. Ces codes ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique permettant de faire émerger les thèmes principaux. Les entretiens ont été interrompus dès la saturation des données.

Le focus group a été codé grâce au même logiciel. L'analyse a été réalisée en deux temps, qualitative puis thématique. Le focus group a également fait l'objet d'une triangulation des chercheurs.

3.5 ETHIQUE

Notre étude a reçu un avis favorable du Comité interne d'éthique de la recherche médicale du GHICL (CIER). Le consentement des participants a été demandé oralement avant chaque entretien.

4. RESULTATS

4.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Au total, 15 médecins ont été interrogés lors des entretiens et du focus group.

Caractéristiques des médecins interviewés en entretien semi dirigés :

Médecins	Genre	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
1	Homme	42 ans	Rural	Groupe
2	Femme	32 ans	Remplaçante	-----
3	Homme	61 ans	Semi Rural	Groupe
4	Homme	48 ans	Urbain	Groupe
5	Homme	47 ans	Semi Rural	Groupe
6	Homme	55 ans	Semi Rural	Groupe
7	Homme	56 ans	Rural	Groupe
8	Homme	62 ans	Semi Rural	Groupe
9	Femme	46 ans	Semi Rural	Groupe

Caractéristiques des médecins participant au focus group :

Médecins	Genre	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
10	Homme	53 ans	Semi Rural	Groupe
11	Homme	42 ans	Urbain	Groupe
12	Homme	38 ans	Urbain	Seul
13	Femme	28 ans	Remplaçante	-----
14	Femme	29 ans	Remplaçante	-----
15	Homme	59 ans	Urbain	Groupe

Onze hommes et quatre femmes soit respectivement 73% d'hommes et 27% de femmes ont participé à notre étude. Ce chiffre est proche de la répartition des médecins généralistes du Nord pas de Calais (75% d'hommes et 25% de femmes) (24). La moyenne d'âge était de 46,6 ans, elle était légèrement inférieure à la moyenne

des médecins du nord Pas de Calais (50,2) ceci s'explique par la présence de remplaçants. Les lieux d'exercice des participants étaient variés.

4.2 DIVERSITE DES PRATIQUES DE DEPISTAGE

Le focus group et les entretiens ont montré que les médecins n'avaient pas les mêmes pratiques en matière de dépistage du pied diabétique.

4.2.1 Dépistage de la neuropathie

L'utilisation du test au mono filament, méthode recommandée par le groupe international de travail sur le pied diabétique pour dépister la neuropathie et ainsi permettre la gradation du pied, était loin d'être réalisée par tous les médecins interrogés.

- Utilisation du mono filament une fois par an

Cinq médecins sur quinze interrogés suivaient les recommandations.

M 10 : " *Je regarde son pied, la polynévrite je la recherche avec le mono filament.* "

M 11 : " *Très vite je lui demande d'enlever ses chaussures, très vite je les regarde et je prends mon mono filament.* "

M 3 : " *La recherche de neuropathie périphérique avec le mono filament, ça s'est un truc que je fais une fois par an.* "

M 9 : " *Je fais un test au mono filament une fois par an [...] Je fais la gradation du pied.* "

M 5 : *"L'examen annuel avec le test au mono filament, ça j'essaye de le faire."*

- Utilisation du mono filament occasionnel

Deux des médecins interrogés se servaient du mono filament mais ne suivaient pas la fréquence d'utilisation annuelle.

M 4 : *"Le mono filament, je l'ai mais je ne m'en sers pas régulièrement."*

M 8 : *"De temps en temps, pas souvent, j'ai mon mono filament qui est là mais c'est vrai que je l'utilise pas aussi souvent qu'il le faudrait pour détecter les neuropathies [...] Il y a des gens chez qui j'oublie de le faire, quelques fois plusieurs années en suivant."*

- Recherche de la neuropathie par d'autres moyens

- Dépistage par un examen clinique

Un des médecins expliquait rechercher la neuropathie par un examen clinique puis il envoyait ses patients au neurologue pour confirmation.

M 1 : *"Et le test au mono filament ? Je ne le fais jamais ; je reste sur l'examen clinique : je pince je pique plutôt des tests manuels [...] Si j'ai un doute j'envoie au neurologue pour faire un EMG »*

- Dépistage de la neuropathie grâce à l'interrogatoire

Deux des médecins dépistaient la neuropathie par la recherche de symptômes.

M 14 : *"J'insiste beaucoup sur la symptomatologie à partir de l'interrogatoire pour*

vraiment faire des recherches sur des signes cliniques."

M 15 : *"C'est vrai que moi j'ai tendance à faire par rapport aux symptômes."*

Lors du focus group, un des médecins n'était pas d'accord avec cette méthode.

M 10 : *"Moi je dirai l'inverse c'est que justement le pied diabétique, il n'y a pas de symptômes [...] On fait un test du mono filament parce qu'il y a une perte de sensibilité ; s'il y a une perte de sensibilité, il n'y a pas de symptômes."*

- Absence de dépistage de la neuropathie

Deux des médecins ne recherchaient pas la neuropathie du pied diabétique.

M 6 : *"Je ne fais pas de test au mono filament, je marque diabétique Grade 2 sur la prescription du podologue pour qu'il soit pris en charge, c'est tout."*

M 7 : *"Le test au mono filament, il est là, mais je ne le fais pas, je regarde les pieds."*

4.2.2 L'examen des pieds

La fréquence d'examen des pieds chez le diabétique n'était jamais réalisée en fonction du grade podologique.

Il y avait ceux qui examinaient les pieds :

- Systématiquement, à chaque consultation

Peu importe le risque podologique, l'examen des pieds était réalisé à toutes les consultations.

M 8 : " *Systématiquement quand je vois un diabétique, je regarde ses pieds, les pouls périphériques, ça j'essaie de le faire automatiquement.*"

M 4 : " *C'est toutes les consultations, systématiquement je prends les pouls pédieux et rétro malléolaires.*"

- Annuellement

M 5 : " *J'essaie de regarder leur pied au moins annuellement.*"

- En cas de plainte

Un des médecins effectuait un examen des pieds seulement si c'était un motif de la consultation.

M 6 : « *Je regarde s'ils se plaignent de quelque chose ; s'ils ont une plainte au niveau de leur pied, je regarde leur pied [...] Je regarde les pieds quand ils s'en plaignent.* »

- En cas de réponse positive à l'interrogatoire

L'examen des pieds était réalisé, si lors de l'interrogatoire, les patients signalaient une lésion.

M 1 : " *J'essaie à chaque consultation de demander s'ils ont une plaie au membre inférieur ; le dépistage se fait par l'interrogatoire ; Si on leur pose la question, les patients le signalent ; si on ne leur pose pas la question, ils ne le disent pas [...] Donc la réalisation du dépistage se fait par une simple question par contre dès qu'il y a une*

réponse positive, j'examine les pieds."

M 12 : *" Personnellement, je leur demande juste s'il y a des plaies [...] c'est vrai que l'examen du pied, c'est très succinct."*

M 2 : *"Concrètement souvent je demande à un diabétique : « et vos pieds, ça va ? » et puis souvent, ils me disent « oui, ça va, je fais attention » mais je ne vais pas demander à chaque fois d'enlever les chaussures pour aller voir l'état des pieds."*

- Selon les facteurs de risque

Certains médecins examinaient plus régulièrement les pieds de leurs patients lorsque ceux-ci présentaient certains facteurs de risque.

La présence d'un antécédent d'amputation et d'une artériopathie entraînaient un examen du pied à chaque consultation.

M 9 : *"Par contre, pour ma patiente, qui s'est fait amputée de deux orteils, je regardais ses orteils à chaque consultation."*

M 1 : *"Pour les malades plus lourds, artérite ou antécédent de plaie, je le fais à chaque consultation."*

La présence d'une neuropathie n'a été citée que par un seul médecin comme facteur influençant la fréquence d'examen du pied.

M 8 : *"Un diabète ancien, qui est multi compliqué qui a des problèmes artéritiques et des problèmes de neuropathie, qui a tout ça on va y faire plus attention que celui qui n'a pas de neuropathie et qui n'a pas d'artérite c'est certain. On ne prend pas le même temps avec eux qu'avec d'autres."*

- Un examen du pied reconnu comme peu systématique

M 6 : *" Mais c'est vrai qu'un examen systématique, c'est sans doute un tort mais je ne le fais pas."*

M 9 : *"En théorie, on devrait regarder les pieds des patients diabétiques à chaque consultation, j'avoue que je ne le fais pas pour tous les patients diabétiques."*

4.3 EDUCATION DES PATIENTS

4.3.1 Les messages d'éducation délivrés

Les principaux messages d'éducation concernant le pied diabétique étaient connus des médecins mais ces messages manquaient souvent de précision et étaient parfois très imagés.

- Information sur les risques

M 3 : *" Si vous avez une neuropathie, vous n'allez plus sentir vos pieds et vous risquez de marcher sur un clou sans le sentir."*

M 4 : *"Le diabète va attaquer les petites artères donc surtout au niveau des reins, au niveau des yeux, au niveau des extrémités et donc les pieds, donc ses pieds ils vont pourrir en premier comme les boudets et là ils commencent à percuter qu'ils doivent faire attention à leur pied."*

M 8 : *"J'essaye de leur expliquer qu'ils n'ont pas les pieds comme les autres donc il faut qu'ils y fassent attention."*

- Information sur l'auto surveillance

Le caractère quotidien de l'inspection des pieds n'était pas toujours évoqué par les médecins

M 2 : *"Je leur dis de regarder leurs pieds."*

M 3 : *"Je leur dis de vérifier leurs pieds comme si c'étaient des diamants."*

M 9 : *"Je les aide assez brièvement, je leur dis qu'ils doivent faire attention à leurs pieds [...] Je leur dis aussi de temps en temps il faut regarder vos pieds."*

M 11 : *"Je leur donne le conseil de surveiller avec une glace, en tout cas, je leur explique la possibilité, alors franchement c'est des vieux restes."*

- [Information sur la conduite à tenir en cas de plaie](#)

Beaucoup de médecins informaient leurs patients sur ce point.

M 2 : *" Je leur dis de ne pas attendre que ça fasse mal et de consulter à la moindre plaie."*

M 5 : *"Dès qu'il y a un petit quelque chose, il faut qu'ils le soignent ; il faut qu'ils soient vigilants."*

M 7 : *"Si jamais, il y a quelque chose, ils doivent le dire."*

M 14 : *"Il faut leur dire que s'il y a le moindre problème qui se passe, de savoir nous informer même si on n'a pas regardé les pieds du patient un mois avant ou trois mois avant, mais qu'ils nous le signalent."*

- [Information sur le chaussage](#)

Seulement deux des médecins interrogés ont évoqué le contrôle de l'absence d'élément dans la chaussure avant de la mettre.

M 2 : *"Leur dire de toujours vérifier qu'il n'y ait pas de cailloux dans la chaussure."*

M 3 : *" Attention de toujours passer la main dans la chaussure avant de mettre le pied dans la chaussure [...] vous passez la main dans la chaussure avant de mettre le pied dans votre chaussure au cas où il y aurait quelque chose dedans. »*

Concernant le chaussage, certains médecins étaient assez précis.

M 10 : *"Le fait de leur dire d'aller acheter des chaussures le soir, c'est un truc tout bête que j'ai appris avec un spécialiste du pied, c'est tout bête mais ça marche très bien."*

M 14 : *"Des chaussages adaptés parce que il y a pas mal de lésions qui sont dues à de très mauvaises chaussures qui serrent trop ; qui frottent de trop, qui les blessent et il faut absolument des chaussures larges, bien adaptées, pour qu'ils n'aient pas de risque de lésions trophiques, c'est important."*

Mais d'autres restaient assez vagues sur la définition d'un chaussage adapté.

M 9 : *"Je leur dis que c'est important d'avoir des pieds sains, d'avoir un bon chaussage c'est à peu près tout [...] Je les aide assez brièvement, je leur dis qu'ils doivent faire attention à leurs pieds et à leur chaussage mais ça s'arrête là ; Je ne sais pas s'il y a des conseils de pointure à donner."*

Le fait de ne pas marcher pied nu n'a pas été abordé.

- Information sur l'hygiène des pieds

Un seul médecin a cité le séchage méticuleux des pieds ; de nombreux éléments ont

été omis tel que le coupage des ongles, la température de l'eau ou encore le changement de chaussette quotidien.

M 4 : *"Il faut qu'il apprenne à se laver les pieds, à se chouchouter les pieds."*

M 12 : *"Je leur dis de bien sécher après la douche leurs pieds juste ce rappel pour les interpeller sur leurs pieds."*

4.3.2 Les différentes méthodes d'éducation utilisées

- Réitération de l'information avec des interventions brèves

Pour beaucoup de médecins, les messages d'éducation doivent être délivrés en répétant l'information régulièrement et en la donnant de façon progressive.

M 4 : *« Je donne une information orale, je la répète, je la répète »*

M 1 : *« Je reviens régulièrement sur les complications [...] Informer petit à petit et régulièrement car il ne faut pas souler les gens ni leur donner des leçons ; ils ont besoin de bien comprendre et d'être en confiance pour coopérer. »*

M 3 : *"Moi j'essaye de faire un petit peu à la fois."*

- Aide des réseaux

Quelques médecins s'appuyaient sur les réseaux pour réaliser l'éducation du patient.

M 6 : *"On a un réseau diabète où ils font de l'éducation thérapeutique [...] J'en ai adressé beaucoup, je pense la plupart de mes diabétiques y sont allés ; ils ont eu leur éducation thérapeutique par ce biais-là."*

M 7 : *"Quand je vois que c'est quelqu'un de mal dégourdi qui risque de ne pas faire ça bien, je l'adresse à un diététicien local ou alors dans les organismes prévus par la sécu : Diabhainaut, SOPHIA."*

- Utilisation de supports

Certains médecins donnaient de la documentation écrite aux patients.

M 3 : *"Je leur donne des conseils sur le plan précaution au niveau des pieds, j'ai une fiche pour ça [...] J'en parle mais j'ai des fiches toutes prêtes sur le pied diabétique."*

M 7 : *"J'aime bien cumuler des documents de labo, ils sont quand même bien faits, les plaquettes, les informations diététiques."*

4.4 PRESCRIPTION DES SOINS DE PEDICURIE

4.4.1 Des soins importants

Tous soulignaient l'intérêt des soins de pédicurie.

M 2 : *"Les soins de pédicurie sont importants pour qu'il n'y ait pas de complication."*

M 9 : *"Je leur dis que c'est important de faire faire des soins par un podologue."*

M 10 : *"Le pédicure podologue, il va enlever les cals donc on aura un pied propre et on pourra voir s'il y a quelque chose en dessous, si on ne fait pas cela, on ne verra pas".*

Les médecins avaient confiance envers le pédicure podologue et certains médecins leur déléguaient même le suivi et l'éducation.

M 1 : *"Et puis après la podologue fait son travail de suivi. J'ai confiance en la podologue, si je demande "avez-vous vu la podologue", si le patient répond "oui", je considère qu'elle a examiné les pieds et qu'elle a vu s'il y avait un problème. »*

M 6 : *"Et je pense que le podologue leur explique les problèmes de pied."*

4.4.2 Des motifs de prescription variés

Les soins de pédicurie en théorie sont prescrits à partir du grade 2 mais les médecins interrogés ne prescrivaient pour la plupart pas en fonction du grade.

Les motifs de prescription étaient :

- En cas de point d'appel

M 2 : *"Pour les pédicures podologues, dès que je vois des ongles en mauvais état systématiquement vous avez le droit à trois ou quatre séances de pédicurie à l'année parce que vous êtes diabétique."*

M 3 : *"Les podologues, eh bien oui, moi quand je vois des pieds qui sont pas beaux, les gens qui ne savent pas se couper les ongles de pied, je les montre au podologue."*

- A la demande du patient

Certains prescrivaient les soins de pédicurie si le patient en faisait la demande.

M 5 : *"Le pédicure podologue ? Pas systématiquement s'ils le demandent."*

M 1 : *"La pédicure podologue, ça peut venir d'une demande du patient grâce au*

courrier de la sécurité sociale ou alors moi-même je les oriente vers les podologues."

M 6 : *"Ce sont les patients qui le demandent en général, après s'il y a un problème au pied, je vais l'envoyer mais s'il ne me parle pas de son pied, je ne vais pas l'envoyer au podologue. Il y en a beaucoup qui le demandent spontanément. Je pense qu'ils ont l'information du podologue comme quoi c'est pris en charge."*

- Pour tous les diabétiques

Les soins de pédicurie étaient prescrits pour tous leurs patients diabétiques.

M 7 : *"Souvent quand c'est comme ça, moi j'envoie chez la pédicure dès lors qu'ils sont diabétiques, je leur dis d'emblée, ça fait partie des recommandations de l'HAS ; il faut voir le cardiologue une fois par an, il faut faire un fond d'œil une fois par an, voir la pédicure régulièrement"*

M 8 : *"Le pédicure, ça c'est régulier ; pratiquement tous les diabétiques, j'essaye de les envoyer chez le pédicure au moins une fois par an."*

- En fonction du grade

M 9 : *" J'essaye de penser à prescrire des soins de pédicurie pour des patients qui ont un test au mono filament positif ou alors s'ils ont un hallux valgus, je leur prescris."*

M 4 : *"S'ils sont stade 3, je les envoie systématiquement chez le pédicure toutes les six semaines."*

4.4.3 Place du remboursement

Au vu de l'importance des soins de pédicurie, pour un des médecins, il est dommage que les séances chez le podologue ne soient pas remboursées pour tous les diabétiques.

M 10 : *"Les grades 0 et les grades 1, les consultations avec le pédicure podologue ne sont pas remboursées. Ce qui est d'ailleurs un petit peu dommage la prévention c'est grade 0 et grade 1 et ce n'est pas quand on est amputé."*

M 10 : *" Mais c'est parce qu'il faut aussi parler d'un plan économique et que pour éviter une amputation quand on est en grade 0 ou grade 1, il faut 400 pieds pour gagner une amputation alors que quand c'est suivi par un pédicure podologue en grade 2 et 3, là on gagne beaucoup plus d'argent donc c'est toujours un problème financier."*

4.5 FREINS A LA MISE EN PLACE DES MESURES PREVENTIVES

4.5.1 Le manque de temps

C'était la première difficulté signalée par les médecins interrogés.

- Le manque de temps de façon générale en consultation

M 3 : *" Toujours la même chose, c'est dans beaucoup de domaines comme ça, c'est le temps. Le temps, le temps et encore le temps."*

M 7 : *" Le manque de temps et ça sera de pire en pire. Il n'y a pas d'installation et les médecins disparaissent."*

M 8 : *" C'est sûr que le temps c'est toujours le problème, le manque de temps."*

- Un manque de temps pour l'éducation thérapeutique

M 3 : *"L'éducation thérapeutique, on sait la faire, mais on n'a pas le temps [...] on dit 3 paroles et puis c'est tout, on n'a pas le temps de s'arrêter dessus."*

M 6 : *"On n'a pas le temps de passer notre temps à l'éducation thérapeutique, ça prend trop de temps, on a déjà à peine le temps de traiter l'aigu."*

- Les causes évoquées au manque de temps

Plusieurs raisons ont été évoquées à ce manque de temps.

- La peur de prendre du retard lors des consultations

M 8 : *"Le problème du temps et du nombre de personnes qu'il y a derrière [...] on a toujours tendance à aller un petit peu vite."*

M 6 : *" parce que c'est vrai qu'on est sur rendez-vous mais quand on a fini avec un, il y en a un autre qui attend donc il n'y a pas vraiment de temps libre tu ne peux pas trop ; c'est difficile de passer une demi-heure avec un patient sans prendre de retard avec les autres."*

- La suractivité des médecins est mise en cause

M 7 : *"Il faut vraiment être un médecin généraliste à 10 actes par jour et on a le temps de passer 1h30 avec le patient et de le regarder sous toutes les coutures, nous c'est impossible ; ça c'est à la fac, la réalité..."*

M 6 : *"En tant que médecin généraliste, on est débordé."*

- La consultation diabétique est une consultation chronophage

M 9 : *"Les patients diabétiques équilibrés, on les voit quatre fois par an donc on ne peut pas parler de tout à chaque fois, en un quart d'heure."*

M 3 : *"Une consultation diabète, on en a pour une demi-heure trois quart d'heure ; c'est très chronophage le diabète, l'éducation thérapeutique [...] on n'a pas le temps de s'arrêter dessus sinon on passe une heure avec un patient diabétique."*

M 6 : *"Après dans le quart d'heure, le temps de prendre la tension, de l'ausculter, de le peser, de vérifier la prise de sang, le quart d'heure il est passé. Une consultation pour un diabétique sans aller chercher les informations, ça prend déjà un quart d'heure."*

M 13 : *"Le diabète c'est très complexe comme pathologie. Ça touche tous les organes il faudrait à chaque fois vérifier tout, sur un quart d'heure de consultation, ce n'est pas possible avec les autres pathologies associées."*

- Le parasitage des consultations par des motifs multiples

M 10 : *"Parce quand on est médecin généraliste ; oui j'ai oublié ma pilule et puis vous me mettez ça et pis au fait il me faudrait une boîte de ça, quand ils vont chez le cardio ils ne demandent rien."*

- Le manque de temps n'est pas une difficulté pour tous

Lors du focus group, certains médecins confirmaient que le manque de temps était

une difficulté importante dans leur pratique et par conséquent dans la réalisation du dépistage. Mais pour un des médecins, le temps ne constituait pas un obstacle s'agissant juste d'une question d'organisation.

M 15 : *"Le manque de temps, c'est un problème récurrent [...] Quand on voit le patient, on remet à la prochaine consultation parce que il y a du retard, parce qu'on est surbooké."*

M 11 : *"Très vite je lui demande d'enlever ses chaussures, très vite, je les regarde, je prends mon mono filament. C'est vrai que c'est compliqué mais ça se fait c'est comme tout [...] Je trouve que c'est surtout une question d'organisation."*

4.5.2 Le manque d'observance des patients

Pour les médecins interrogés, beaucoup de patients diabétiques observent peu les consignes d'éducation données ; cela constitue une difficulté à la mise en place des mesures préventives.

M 3 : *"Moi j'ai beau leur dire vous passez la main dans la chaussure avant de mettre le pied dans votre chaussure au cas où il y aurait quelque chose dedans ; quand je repose la question à la consultation suivante il y en a peu qui disent je passe ma main dans la chaussure, je fais attention à mes pieds."*

M 8 : *"La difficulté dans la prévention, c'est qu'ils le fassent. [...] Le tout c'est que ce soit suivi d'efficacité et ça ce n'est pas toujours le cas."*

M 4 : *"La principale difficulté, c'est l'adhésion du patient [...] Je pense que tout est là mais c'est toujours le problème de l'adhésion du patient."*

M 9 : *"Je leur dis aussi de temps en temps il faut regarder vos pieds, ils me disent oui oui ; peut-être qu'ils le font au début mais après..."*

4.5.3 Une complication oubliée et mise au second plan

Plusieurs médecins ont évoqué la mise au second plan de la complication du pied face aux autres complications du diabète. Ainsi la complication du pied est souvent oubliée des médecins généralistes.

M 5 : *"De le faire annuellement on l'oublie ; il suffit qu'on l'oublie à une consultation et puis on ne sait plus trop où on en est [...] Parfois on se focalise sur une chose et on passe à côté des pieds."*

M 2 : *"Dès que le diabète va être un peu perturbé dès qu'il y a un petit souci le pied va passer à la trappe [...] Je pense que le pied c'est quand même un élément important mais concrètement il n'y a pas que ça non plus."*

M 1 : *"Souvent les gens ne pensent pas aux pieds, ils viennent pour leur traitement et tout le reste est au second plan, c'est notre rôle de poser la question."*

M 9 : *" Ce n'est pas simple parce que le pied diabétique c'est une complication parmi tant d'autres."*

M 6 : *"Après tu n'es pas obligé de regarder les pieds à chaque fois mais c'est vrai que quand tu ne le fais pas souvent, tu n'y penses pas [...] Mais c'est vrai que le pied, c'est un truc qui est négligé."*

4.5.4 De nombreux doutes émis par les médecins

- Des doutes sur l'efficacité et l'intérêt de la prévention

Certains médecins portaient un regard fataliste ; ils avaient l'impression que

l'application des mesures préventives n'éviterait pas les ulcérations.

M 1 : *"La prévention, c'est un peu comme un combat perdu d'avance ; un peu comme la prévention routière."*

M 9 : *"Pour ma patiente, qui s'est fait amputer de deux orteils, je regardais ses orteils à chaque consultation, je la voyais très souvent, elle avait une plaie chronique de l'orteil qu'on n'a jamais réussi à cicatriser, on a fait des conseils de chaussage, on a jeté ses vieilles chaussures, mais ça n'a pas empêché l'évolution terminale de son pied."*

M 4 : *"Enfin ceux qui arrivent à avoir tout de même un mal perforant plantaire, on fait attention qu'ils n'en aient pas un deuxième, malheureusement ceux-là, ils sont rattrapés par la maladie."*

M 2 : *"De toute façon, chez une personne diabétique, les complications de plaie ça peut évoluer tellement vite ; on ne peut pas surveiller en regardant une fois par mois."*

- Des doutes émis quant à la gradation

M 6 : *"J'avais acheté un petit fil mais bon j'ai essayé mais ça ne donne pas grand-chose d'intéressant, ça ne m'a pas convaincu."*

M 14 : *"Connaître, bien sûr, l'évolution pathologique de ce pied, dire que c'est grade 1, grade 2, grade 3, grade 4, par contre que tu saches repérer dans ton dossier médical que le patient a telle pathologie telle lésion ou tel truc même si ce n'est pas un grade 2 ou un grade 3, pour moi ce n'est pas important. Le principal, c'est que tu l'aies repéré et que tu le surveilles et que la fois où tu veux l'examiner, tu puisses comparer l'évolution."*

Mais d'autres médecins contestaient cette vision

M 8 : *"Il avait une belle neuropathie diabétique alors que son diabète ne paraissait pas évolué donc je trouve que c'est un bon moyen de dépistage."*

M 10 : *"Ce qui est important c'est de savoir qu'il y a différents grades et qu'on ne fait pas du tout la même chose selon les grades et comment on obtient les grades, c'est la seule chose qui est intéressante ; si on a un grade 0 ou si on a un grade 3, on ne fera pas du tout la même chose, donc il faut la chercher."*

- Des doutes sur l'efficacité de l'information aux patients

Un des médecins pensait que l'information était une perte de temps.

M 10 : *"Si je peux me permettre sur les paquets de tabac, il est marqué « fumer tue » Ils sont informés, ça n'a rien changé à leur vie [...] C'est bien de donner l'information, c'est bien de passer du temps à en donner, d'abord il faut la connaître, et ensuite elle va servir à quoi ? S'ils ne sont pas prêts, on perd notre temps, ça n'a aucun intérêt donc le jour où ils sont prêts à entendre le message et pas les messages, deux ils sont perdus ; pas délivrer dans une consultation avec pleins de trucs, de toute façon ils ne retiennent rien."*

Un autre médecin pensait au contraire que cela permettait au patient d'être plus impliqué dans la prévention.

M 12 : *"La prévention c'est aussi grâce à l'information, si le patient sait qu'il y a des risques sur telle ou telle chose, de lui-même, il va penser à être plus vigilant [...] Ils ne peuvent pas tout retenir ni tout connaître mais ils doivent aussi être informés pour que ce soit complémentaire et qu'ils donnent des signes d'alertes."*

- Des doutes sur le désir d'information des patients

Lors du focus group, les médecins ont été avertis du souhait d'information des patients dans l'étude parallèle.

Certains en doutaient beaucoup.

M 11 : « *Ce genre d'information je me méfie toujours ça dépend comment la question a été posée ; c'est-à-dire que pour revenir à quelque chose de très basique, est ce que vous voulez que votre médecin fasse plus ? Est-ce que vous voulez que votre médecin soit plus gentil ? la réponse est oui, est-ce que vous voulez qu'il vous donne plus d'information, la réponse est oui [...] Est ce qu'il y avait une question : pensez-vous être suffisamment informé ? Dans ce cas-là, on produit une attente »*

M 13 : « *Le pied, ça m'interpelle qu'ils veulent plus d'informations sur le pied, déjà le cœur et les yeux, ce n'est pas forcément moins grave le pied que les yeux »*

D'autres accueillait cette information de façon positive.

M 15 : "*Je trouve cette question intéressante parce que ça voudrait dire que les patients sont impliqués dans leur diabète [...] Je trouve que la question si les patients s'y intéressent c'est très très bien.*"

Enfin, certains constataient que les patients avaient souvent une faible connaissance des complications du diabète.

M 14 : "*C'est vrai qu'eux, ils pensent que le diabète c'est aussi banal qu'une angine malgré le fait qu'on en parle différemment.*"

M 12 : "*Quand on creuse un peu le diabète ils ne savent pas ce que c'est, ils ne savent pas les complications, pour eux ce n'est que des prises de sang tous les trois mois qu'ils sont obligés de faire, ils n'ont pas les enjeux de cette pathologie. C'est vrai que les pieds, les ophtalmos ; quand on demande le dernier fond d'œil, c'est pour la cataracte ce n'est pas pour le diabète.*"

M 13 : "*Il y a plein de diabétiques qui n'ont jamais vu de cardiologue ou une fois il y a 15 ans, ils ne savent pas du tout, qu'ils doivent aller le voir régulièrement, pareil pour*

le fond d'œil, ah bah oui j'suis myope et puis voilà."

4.5.5 Autres difficultés

D'autres difficultés plus atypiques ont été évoquées de façon individuelle.

- Le manque de propreté de certains patients

M 6 : *"En plus que c'est vrai dès fois, on regarde, les pieds ne sont pas très propres."*

- La peur de gêner le patient

M 5 : *"La seule façon d'y penser de façon régulière c'est de le faire à chaque consultation mais on ne va pas les embêter à chaque fois."*

- Absence d'outils adaptés

M 5 : *"Quand on fait le renouvellement et le bilan sanguin, je trouve que c'est facile de contrôler car dans les dossiers, on a facilement l'historique de ce que l'on a demandé ; après dans ce que l'on annote en consultation, on ne l'a pas toujours tout de suite sous les yeux ; il faut aller rechercher les autres consultations."*

- Difficulté des patients à accepter cette prévention

M 4 : *"J'essaie toujours de leur faire comprendre, c'est que dans la prise en charge du diabète, leur effort ne produira pas un mieux, il va éviter qu'il y ait un moins et ça c'est*

très difficile parce que moi quand je fais un effort, j'aime bien avoir une récompense, et la récompense pour eux c'est de rester pareil ; ils ont un mal fou à accepter."

4.6 PISTES D'AMELIORATION

De multiples propositions ont été faites, certaines étaient partagées par les médecins, d'autres ne faisaient pas l'unanimité.

4.6.1 Des propositions partagées par les médecins

- Pour remettre le pied diabétique au premier plan et éviter son oubli

- La médiatisation

Cela serait un moyen de sensibiliser les patients.

M 1 : *"Si demain il y avait une médiatisation sur la prévention du diabète, ça aurait plus d'efficacité que moi qui dit une fois par consultation, les recommandations."*

M 7 : *"Voir même médiatisé ; Ça marche bien, l'histoire de l'antibiotique ce n'est pas automatique, c'est resté dans les mémoires ; franchement ça passe bien pourtant on en parle plus [...] Il y a aussi eu des choses si vous avez mal dans la poitrine faites le 15 ; On pourrait faire pareil avec le pied."*

- Remettre le pied au cœur de l'examen clinique du diabétique

Lors du focus group, les médecins se sont interrogés sur l'intérêt de prendre la tension à chaque consultation alors qu'ils ne consacraient aucun temps à l'examen du pied.

M 15 : *"C'est vrai que je suis focalisé sur la tension, c'est facile à prendre une tension, tu vas me dire c'est facile de déchausser un pied aussi mais par habitude peut être, il y a un examen clinique qui se fait, quelques questions et voilà."*

M 11 : *"Je préfère largement ne pas prendre la tension à un diabétique et examiner ses pieds parce qu'on est tous focalisé sur la tension et ne jamais regarder ses pieds, ça me paraît plus grave [...] je vois que cela fait autant de temps par rapport à ce que j'estime c'est un peu long, je sais qu'aujourd'hui ça sera ses pieds et que le reste, on verra plus tard."*

- Une rémunération pour le dépistage et l'éducation

M 10 : *"Le mettre dans le ROST"*

"On est payé par la SECU, c'est 26 euros, c'est une consultation de synthèse donc on la programme, on la fait."

M 3 : *"Mais ce n'est pas prévu dans nos consultations, il n'y a pas d'actes, il nous manque un acte de prévention car c'est trop lourd on n'a pas le temps."*

- La mise en place d'outils informatiques adaptés

Afin d'éviter l'oubli de l'examen clinique du pied, les médecins proposent un système d'alerte.

M 11 : *"C'est vrai que justement l'informatique permet de faire ça, [...] je me rends compte que ça fait un an que je ne l'ai pas fait et ben le reste tant pis."
"Je pense que les médecins de demain, qui je l'espère, auront une organisation drastique de leur cabinet, au niveau informatique, n'auront pas de gros problème pour avoir une alarme qui se met en route tous les six mois ou tous les ans pour regarder*

les pieds diabétiques."

M 12 : *"Une fois installé, je pense que je mettrai des systèmes d'alerte pour pouvoir vérifier rapidement."*

M 5 : *"Ça serait plus par rapport au dossier d'avoir des rappels, utiliser l'informatique de façon différente pour être sûr de ne pas passer à côté du dépistage et du suivi."*

- Pour lutter contre le manque de temps

- Organiser la prévention en fonction du grade

Si la gradation était correctement réalisée, les patients diabétiques grade 0 ne devraient bénéficier d'un examen du pied qu'une fois par an.

M 10 : *"Le pied diabétique, il y a des fréquences, stade 0, ça ne sert à rien de le faire à chaque consultation, une fois qu'on sait que c'est un stade 0, c'est tout, on n'a pas besoin le mois suivant de vérifier si c'est toujours un stade 0."*

- Déléguer la prévention dès le stade 2

Le médecin traitant est au cœur de la prévention et il peut gérer les stades 0 et 1 mais à partir du grade 2, il devrait orienter le patient à des équipes spécialisées.

M 10 : *"On n'a pas beaucoup de nos diabétiques qui ont un gros risque, on en a un ou deux dans la patientèle, ça ne fait pas beaucoup. Moins on a de patients qui ont une pathologie moins on sait la gérer et la gérer correctement, donc il faut savoir passer la main, notre rôle c'est donc de dépister donc au moins stade 0 et stade 1."*

"Quand il y a une plaie, on n'est plus au stade 0, on est au stade 2 et stade 2, c'est un spécialiste [...] Après quand il y a des plaies, il faut avoir un réseau, il faut travailler avec des gens qui savent faire ça et qui font ça toute l'année."

- Déléguer certaines mesures préventives à d'autres corps de métier

Un des médecins proposait de déléguer l'éducation thérapeutique à une infirmière formée.

M 6 : *"Il faut des infirmières qui aient une formation d'éducation thérapeutique, qui prennent en charge ces patients-là."*

Une délégation du suivi des pieds serait également une solution.

M 7 : *"D'autres corps de métier, cela pourrait être infirmière, pédicure, aide-soignante, aide de vie, il déshabille de nombreuses personnes âgées ou handicapées pour les laver complètement, elles peuvent avoir l'œil, ce sont des très bons indicateurs pour signaler et dire qu'il faut faire passer le docteur."*

M 6 : *"Il faudrait un suivi par une infirmière peut être tous les mois, qu'elle ait un canevas de choses à vérifier."*

4.6.2 Des pistes d'améliorations qui divisent

Beaucoup de propositions faites ont été contestées par d'autres médecins qui ne les jugeaient pas utiles.

- La formation des médecins

Elle a été proposée pour améliorer le dépistage et l'information aux patients.

M 15 : *"Le corollaire est que nous devons être formés un minimum à ça pour répondre à leur question [...] Certainement qu'en étant mieux informé, je « graderai »*

certainement encore mieux."

M 13 : *" Je trouve que c'est beaucoup plus important que nous soyons formés."*

Un des médecins était très pessimiste concernant l'utilité de la formation pour les médecins généralistes.

M 10 : *"On avait fait beaucoup de formations sur le pied diabétique, tout le monde était content surtout quand on avait des animations là on avait du monde mais ça ne changeait rien à la pratique [...] Quand on avait des consultations de synthèse annuelles, les pieds diabétiques il y en avait plein qui ne savait pas les faire et il ne savait toujours pas les tester."*

- La consultation dédiée

Afin de remettre cette complication au premier plan et d'avoir du temps pour le pied diabétique, certains médecins proposaient une consultation annuelle dédiée.

M 3 : *"Il faudrait que l'on ait une consultation dédiée pour pouvoir justement faire de l'éducation thérapeutique."*

M 10 : *"Je le fais lors de la consultation approfondie que nous file la sécu donc c'est une consultation dédiée où on ne parle pas de médicaments, il n'y a pas de place pour une angine ni une tendinite, on parle de ça à point c'est tout."*

Certains ne la jugeaient pas utile.

M 12 : *"Finalement, on peut faire des consultations dédiées sur tout et techniquement, c'est difficile de revoir le patient toutes les semaines pour pouvoir tout aborder."*

M 11 : *"Normalement ta consultation de synthèse tu dois faire ça et tout le reste, elle peut durer trois quarts d'heure, tu utilises ta consultation de synthèse mais tu pourrais très bien dire à ton patient, écoutez on se voit tous les deux mois ou tous les mois ou tous les trois mois, et bien en mars ou en avril, quand je n'ai pas beaucoup d'activités, on ne fait pas une consultation de synthèse, on fait une consultation de votre pied."*

- L'aide des réseaux pour l'éducation des patients

M 7 : « *Diab Hainaut est une association du diabète dans le Hainaut, ce n'est pas mal, moi j'ai quelques patients qui sont allés les voir. Ils proposent des exposés de diététique et aussi des dépistages de pédicure gratuitement, ce n'est pas mal fait. Comme ça, je sais que je peux relayer à des gens qui sont spécialisés [...] Les réseaux ça nous décharge, il faut déléguer.* »

M 1 : "Les réseaux, SOPHIA c'est très bien car ça rappelle aux patients le suivi, ça l'aide dans sa démarche préventive. Parce que être la seule voix qui parle au patient du diabète, c'est insuffisant ; j'adhère c'est une aide ponctuelle."

Mais beaucoup remettaient en cause l'utilité des réseaux. Les raisons évoquées étaient : la contrainte administrative, la redondance d'informations et le manque d'adhésion des patients.

M 6 : "On voit les gens arriver avec leurs papiers, trois pages d'informations à remplir, ça me soûle."

M 4 : "Je n'aime pas SOPHIA car c'est une usine à gaz, ils veulent nous faire rentrer dans des cases."

M 9 : " J'utilise très peu les réseaux parce que je trouve que ça fait double ou triple usage, c'est redondant."

M 3 : "Après de temps en temps quand il y en a un qui est motivé, je le mets dans le réseau SOPHIA. Mais ils abandonnent vite parce qu'ils disent : "oui ils m'appellent tout le temps, ils me demandent comment ça va, ils me demandent mon taux d'hémoglobine glyquée, ils me cassent les pieds je vais arrêter."

M 11 : *"SOPHIA, je ne veux absolument pas démissionner de mon métier à ce point-là."*

4.6.3 Des interrogations sur l'amélioration de l'éducation

- Voir les diabétiques de façon mensuelle

Certains médecins se demandaient si le fait de voir les diabétiques plus régulièrement améliorerait leur éducation.

M 6 : *"Peut-être que si je les voyais tous les mois, j'aurai plus le temps de discuter."*

M 9 : *"Si on voulait être systématique, il faudrait une consultation de trois quart d'heure tous les trimestres ou alors il faudrait de nouveau voir nos patients diabétiques tous les mois, peut-être tous les trimestres, ce n'est pas assez."*

- Devancer la demande des patients

M 15 : *"Je trouve que c'est à nous à aller au-devant de leur demande, de leur expliquer, de donner la signification de pourquoi on fait faire un fond d'œil, de pourquoi on fait faire un examen cardiovasculaire annuel, pourquoi on fait l'examen des pieds [...] et c'est vrai que s'ils le demandent tant mieux, mais je crois qu'il ne faut pas attendre qu'ils le demandent, c'est à nous de leur expliquer."*

- Répéter l'information : utile ou pas ?

M 11 : *"Pour améliorer l'information du patient, je pense que c'est très compliqué, je pense qu'il faut comme toutes les informations le ressasser et les redire et dans chaque mécanisme de ce type, il y a le déni, je commence à accepter et puis je me prends en charge et ainsi de suite et que c'est souvent un petit peu épuisant et qu'il y a un moment où le patient entend c'est souvent d'ailleurs à des stades tardifs, à des*

moments où les complications commencent à être gênantes pour lui sur des douleurs de neuropathie ou des lésions c'est à ce moment-là, où l'information passe le mieux. »

M 12 : *"Si on veut améliorer l'information, il faut certainement savoir la redonner régulièrement, et de façon pas trop fastidieuse mais je n'ai pas forcément le secret. Le mieux, ça serait des petites informations régulières."*

Informé est utile mais il est opportun de ne pas les bombarder d'information au risque d'en épuiser certains.

M 11 : *"Les diabétiques de type 1, à force d'être bombardé d'informations, c'est vachement banalisé et est-ce qu'ils sont plus vigilants que mes diabétiques justement avec leur fond d'œil, parce que une fois par an, je leur en parle et tout ça, je trouve que c'est plus facile un diabétique de type 2 et qui retient mieux et donc informer beaucoup beaucoup ça peut avoir des effets délétères."*

5. DISCUSSION

5.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

5.1.1 Forces de l'étude

- L'originalité du travail de recherche

Les principaux travaux de recherche (25) (26) (27) retrouvés sur la prévention du pied diabétique en médecine générale sont des études quantitatives. Une seule étude qualitative explorait les pratiques et les difficultés des médecins généralistes dans le Puy de Dôme (28). Aucune étude n'a été retrouvée sur la confrontation des données entre médecins et patients ni sur les attentes des médecins pour améliorer la prévention.

- La méthode qualitative

La méthode qualitative a permis de comprendre les nombreux freins qui existent autour de ce dépistage. Grâce à la technique des entretiens semi dirigés et des focus group, cette étude a également été enrichissante pour les médecins en les amenant à plusieurs reprises à une remise en question de leur propre pratique concernant ce dépistage.

- Respect des critères de scientificité

- Les critères de validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (21). Elle est assurée dans l'étude par :

- La retranscription intégrale, mot à mot, sans interprétation des verbatim,

- La triangulation des chercheurs pour le codage et l'analyse des données,
 - La triangulation des méthodes de recueil de données (Entretiens et focus group).
- Les critères de validité externe

La validité externe consiste à pouvoir généraliser les observations recueillies, ce qui implique un échantillon représentatif de la problématique étudiée (29). Cette représentativité est assurée par :

- L'échantillonnage raisonné (30) de la population des médecins généralistes du Nord Pas De Calais avec des profils variés qui permet de dresser un portrait exhaustif du problème étudié.
- La saturation des données était obtenue lorsque le recueil de données ne fournissait plus aucun élément nouveau à la recherche.
- La confrontation des résultats aux données de la littérature.

5.1.2 Les limites de l'étude

- Biais d'influence

Sachant que l'enquêteur était un médecin, les réponses des participants ont pu être nuancées, de peur d'être jugés par rapport à leurs pratiques. Par contre, cela a pu les aider à se confier plus facilement par rapport à leurs difficultés.

- Biais d'interprétation

Ce biais est lié à la méthode qualitative. Le classement des différents verbatim a été réalisé en fonction du jugement de l'investigateur. La triangulation des chercheurs pour le codage et

l'analyse des données a permis de limiter ce biais.

- Biais lié à l'investigateur

Il s'agissait pour l'enquêteur d'une première participation à une étude qualitative ; cette première expérience a pu induire un biais d'investigation. Les questions étaient ouvertes mais les questions de relance ont pu orienter la conversation.

5.2 PRINCIPAUX RESULTATS

5.2.1 Freins à la prévention du pied diabétique

- Le manque de temps

- Pour l'éducation thérapeutique : un problème récurrent

Notre étude montre que pour de nombreux médecins interrogés, le manque de temps, lié bien souvent à une suractivité, était un obstacle pour pouvoir réaliser l'éducation thérapeutique. Ces données sont corrélées à l'étude ENTRED (31) où 76% des médecins généralistes percevaient le temps comme un frein à la démarche éducative des patients diabétiques de type 2 . Par ailleurs, 80% d'entre eux, réalisaient également plus de 25 actes par jour.

- Pour le dépistage : un obstacle discuté

La gradation du pied débute par la recherche de la neuropathie à l'aide du monofilament de 10 g selon les recommandations de la HAS (12). Son utilisation a été largement diffusée car c'est un outil simple, peu coûteux et rapide. Ainsi, dans une thèse réalisée en 2005, seuls 14% des médecins déclaraient le manque de temps comme un obstacle à son utilisation (32).

D'ailleurs, dans notre étude, un des médecins ne considérait pas le manque de temps comme un obstacle au dépistage, s'agissant pour lui d'une simple question d'organisation. Un autre prenait conscience du peu de temps qu'il consacrait à l'examen du pied en comparaison au temps utilisé à la prise de la tension et à l'auscultation cardiaque. Le dépistage semblerait peu réalisé par faute de temps consacré à celui-ci.

- Une complication oubliée

Par plusieurs verbatim, notre étude a montré que le pied diabétique était une complication négligée. Une autre étude interrogeant les médecins généralistes avait déjà fait ce constat (28). Cette mise au second plan du pied n'est pas justifiée ; cette complication reste un problème important de santé publique de par sa fréquence, ses conséquences en termes de mortalité, son coût et son impact négatif sur la qualité de vie.

- L'adhésion des patients à leur pathologie

Un autre frein cité par les médecins était le manque d'observance des patients. Ce phénomène est fréquemment décrit dans les pathologies chroniques telles que le diabète (33). Dans une étude canadienne sur l'auto surveillance des pieds, seuls 14% des patients à risque réalisaient leur suivi correctement (34) mais seuls 34% avaient la sensibilité de leur pied vérifié par leur médecin dans l'année. Ce phénomène de non observance des patients s'explique par plusieurs mécanismes : défaut de compréhension mais aussi manque de motivation. Ce dernier est lié à une incapacité, pour certains patients, à donner la priorité à l'avenir alors que l'objectif de la prévention est d'éviter les complications à long terme (33). Ce même phénomène est décrit par un médecin dans notre étude.

- De nombreux doutes

Ils peuvent être un obstacle à la mise en place des mesures préventives par le non suivi des recommandations.

- Sur les outils de dépistage

Dans notre étude, un des médecins confiait n'être pas convaincu par l'utilité du monofilament, d'autres ne l'utilisaient jamais et dépistaient la neuropathie à partir de l'interrogatoire. Or la neuropathie ne peut être diagnostiquée sur le seul interrogatoire. Un examen neurologique minutieux des pieds est indispensable car en l'absence totale de symptôme, l'ulcération peut être la seule révélation de la neuropathie (5). Le test au monofilament n'est pas la seule méthode pour détecter la neuropathie mais c'est un test fiable, les patients diabétiques qui ne perçoivent pas le monofilament ont des anomalies objectives détectées (35). Plusieurs études ont montré que c'est un facteur prédictif du risque d'ulcération et d'amputation du pied chez les patients diabétiques (36). Deux études montrent la supériorité d'un autre outil, le diapason gradué mais aucun des médecins ne nous a cité cette technique (37) (38).

- Sur la prévention

Des doutes ont été émis sur l'utilité de la prévention en elle-même. Certains médecins exprimaient même un certain fatalisme. Pourtant, en 2001, ont été publiés des résultats d'une analyse coût utilité sur la prévention des ulcères et des amputations liés au diabète. Ceux-ci démontraient qu'une prévention adéquate dispensée à toutes les personnes à risque modéré ou élevé permettrait des économies et diminuerait le nombre de complications du pied (5).

- Sur l'efficacité de l'information

L'information a été remise en cause plusieurs fois dans l'étude. Il est vrai que seule, elle est insuffisante pour changer le comportement des patients. Les programmes d'éducation thérapeutique qui s'attachent à agir sur trois niveaux l'information, le savoir-être et le savoir-faire, sont plus efficaces. Toutefois, même en cas d'éducation thérapeutique, il est nécessaire de continuer à prodiguer régulièrement les conseils aux patients (33).

De plus, les programmes d'éducation thérapeutique chez les patients à haut risque ont montré une diminution significative de la survenue d'ulcère (39). Stopper les amputations est utopique, mais mettre en place une prévention active grâce au programme d'éducation thérapeutique peut permettre de diminuer les hospitalisations longues et coûteuses générées par les plaies (40).

- Sur le souhait d'information des patients

Quelques médecins semblaient douter du désir d'informations exprimé par les patients dans l'étude parallèle. Pourtant, dans l'étude ENTRED (31), 76% des diabétiques de type 2 souhaitaient déjà des renseignements supplémentaires sur l'alimentation, sur les complications liées au diabète et sur « comment bien vivre avec son diabète ». Le développement de l'éducation thérapeutique est d'ailleurs allé de pair avec une demande croissante de la part des patients de se rendre acteur de leur prise en charge (41).

5.2.2 Des pistes d'amélioration à explorer

- Améliorer le ciblage du dépistage

Dans l'étude, la plupart des médecins examinaient les pieds et éduquaient les patients diabétiques sans distinction de leur grade. Pourtant, l'activité préventive et éducative ne devrait normalement s'adresser qu'aux patients à risque (Les grades 1, 2 et 3). Eduquer un patient de grade 0, qui ne présente pas une augmentation de

son risque lésionnel, peut s'avérer contre-productif (13). La majorité de la patientèle diabétique étant de grade 0, une meilleure gradation permettrait d'éviter une perte de temps à vérifier l'absence de plaie et à prodiguer des messages préventifs chez ces patients (13).

Il est donc nécessaire d'augmenter la réalisation du dépistage podologique en médecine générale.

Pour cela, plusieurs pistes ont été évoquées :

- Une meilleure formation des médecins ; dans une thèse réalisée en 2013 sur le pied diabétique (27), l'étude montrait que le passage en diabétologie au cours du cursus universitaire augmentait significativement le taux d'utilisation du monofilament et par conséquent la gradation.
- Un autre outil ? Le test au monofilament est sous utilisé en médecine générale (27) (32) ; d'autres outils sont disponibles et validés pour dépister la neuropathie : le diapason gradué et le VIBRATIP. Selon la société Suisse d'endocrinologie et de diabétologie, ce dernier montre une excellente concordance de résultats avec le monofilament ou le diapason ; c'est un outil pratique qui permet une simplification de l'examen au cabinet (42).
- Une intégration du dépistage du pied dans le ROSP, selon la CNAM, trois ans après la mise en place de cette rémunération sur objectif, il y a une amélioration du suivi du diabète (43).
- Enfin, une aide informatique pour le suivi du pied diabétique a été proposée. Une étude a testé récemment un outil d'aide au dépistage du pied diabétique (25). Les différences significatives retrouvées entre les deux groupes n'ont pas permis de conclure si la meilleure gradation était liée à l'outil. Mais la majorité des médecins l'ayant testé en était satisfaite, une version informatique a donc été créée.

- L'éducation des patients

Les possibilités d'amélioration semblaient limitées pour les médecins interrogés et ils doutaient de leur intérêt. Ils proposaient de rencontrer les diabétiques plus souvent pour consacrer plus de temps à l'éducation, de réaliser une consultation dédiée ou encore de répéter l'information lors des différentes consultations. Les médecins semblaient satisfaits de l'information délivrée à leurs patients bien que celle-ci soit le plus souvent imprécise. Les attentes provenaient plutôt des patients interrogés dans l'étude parallèle.

Certains patients étaient amateurs de séances collectives. Selon plusieurs études, celles-ci ont un impact positif sur le niveau de connaissances des patients et sur la mise en place des mesures préventives (44) (45) bien qu'elles n'aient pas montré pour le moment leur supériorité par rapport aux séances individuelles (46).

D'autres patients préféraient une consultation dédiée au pied mais pour certains, elle n'était pas du ressort de leur médecin traitant. D'ailleurs, dans l'étude ENTRED (31), seul un médecin sur cinq pensait avoir un rôle dans la mise en œuvre d'activité éducative et près des trois quarts des généralistes déclaraient ne jamais donner de rendez-vous pour un temps d'éducation thérapeutique. Les facteurs influençant la réalisation d'un temps d'éducation thérapeutique par les médecins étaient la formation et l'impression que cette éducation améliorait l'état de santé de leurs patients.

- Place des autres intervenants

- Podologue

L'importance de l'intervention du podologue dans le cadre des soins de pédicurie est à maintes reprises exprimée par les médecins. La confiance accordée au podologue est légitime, le service médical rendu des séances de pédicurie

podologie chez le patient diabétique est jugé suffisant dans les lésions des pieds de grade 2-3 et l'amélioration du service attendu est jugée importante par rapport à l'absence de prévention (17). Certains médecins allaient jusqu'à prescrire des séances de pédicurie à tous leurs patients diabétiques. Une thèse réalisée en 2013 (27) faisait le même constat avec 37.5% de soins de pédicurie prescrits à des patients grade 0, cependant, ils ne sont pas utiles pour ces patients non à risque.

Comme le suggère un des médecins et au vu de la confiance accordée envers le podologue, un bilan podologique annuel avec gradation pour tous les diabétiques chez ce professionnel pourrait être une piste pour améliorer le dépistage. D'ailleurs, la fédération française des diabétiques réclame une consultation de prévention annuelle remboursée pour toutes les diabétiques chez un pédicure podologue conventionné (46).

- Réseaux de santé

L'impact positif des réseaux de santé a été retrouvé dans plusieurs études (47) (48) (49). Pourtant, dans notre étude, seuls deux médecins ont émis un avis favorable sur les réseaux. Pour ces deux médecins, ils étaient une aide notamment dans la prise en charge éducative des patients. Les autres médecins portaient un regard plus critique évoquant la contrainte administrative, le manque d'adhésion des patients ou encore la redondance d'informations. La faible attention portée par les médecins généralistes aux réseaux s'explique en partie par une représentation floue de leurs missions et des avantages qu'ils peuvent apporter (50) et un manque de coordination avec les médecins traitants (51).

La participation des patients diabétiques à un réseau a pour finalité de promouvoir l'éducation thérapeutique. Pour que les réseaux puissent atteindre leurs objectifs, deux conditions sont nécessaires : une démarche éducative personnalisée et une amélioration du partenariat avec le médecin traitant afin que le réseau soit une aide complémentaire à la démarche éducative (50).

Dans la région Nord Pas de Calais, une initiative intéressante a vu le jour en 2008, le "DiabèteObus". Il s'agit d'une antenne itinérante de la maison du diabète composée d'une infirmière et d'une diététicienne. Ce "DiabèteObus" sillonne les routes de la région à la rencontre des patients particulièrement ceux dans les situations les plus précaires ou ayant un accès difficile aux soins afin de dépister le diabète, d'informer sur la maladie et les habitudes alimentaires à adopter. En 2016, dix-huit villes ont été desservies. La prise en charge est individuelle et le médecin traitant est informé de cette démarche d'accompagnement (52).

5.3.3 Confrontation avec les résultats des patients

- Une complication négligée

La mise au second plan de la complication du pied est le frein commun qui ressort de notre étude. Cette négligence à l'égard du pied est le fruit d'une combinaison de facteurs. D'une part, le manque d'information par le corps médical était déploré par les patients interrogés. Ils semblaient peu sensibilisés à ce sujet contrairement aux autres complications. D'autre part, l'éducation thérapeutique ne constituait pas une priorité pour les médecins interrogés, principalement par manque de temps. Ils essayaient de fournir une information de façon répétée mais succincte au cours des différentes consultations. Mais cela semblait peu modifier le comportement des patients, ce qui démotivait les médecins dans leur démarche éducative.

- Un manque de connaissance

Au cours de ces études, il a été mis en évidence des connaissances imprécises des mesures préventives de la part des médecins et des patients. Les patients avaient des notions sur la survenue de complications du pied mais se sentaient protégés en l'absence d'antécédent de plaie. Les mesures préventives étaient connues mais restaient incomplètes et donc peu appliquées. Le constat était le même chez les médecins, avec des connaissances générales mais imprécises.

- Une sous-évaluation du risque lésionnel

La connaissance du risque lésionnel par le médecin et le patient permettrait une démarche préventive adaptée et une prise de conscience. La sous-évaluation du risque lésionnel est un problème majeur et modifiable, mis en évidence dans ces deux études et confirmée par les données de la littérature.

- Doutes sur l'efficacité de la prévention

Médecins et patients avaient parfois l'impression que cette prévention n'apportait aucun résultat. Ils ne percevaient pas les effets bénéfiques de la prévention, tous deux portaient parfois un regard fataliste sur la survenue inévitable de lésions du pied.

- Des attentes divergentes

Les patients souhaitaient un complément d'information mais certains estimaient que le médecin traitant n'était pas concerné par la prévention du pied. Selon eux, le rôle principal du médecin sur ce sujet était celui d'orienter et peu d'informer. Le médecin traitant aux yeux du patient occupait peu de place dans la démarche préventive de cette complication, cependant, il reste le premier interlocuteur du patient diabétique.

6 CONCLUSION

Ce travail qualitatif explore la prévention du pied diabétique dans sa globalité, en se souciant à la fois du dépistage et de la mise en place des mesures préventives et en confrontant les points de vue des médecins généralistes et des patients.

La prévention du pied diabétique en médecine générale n'est pas à la hauteur de l'enjeu. Diminuer la survenue d'ulcères et d'amputations mérite que cette complication, au même titre que les autres, redevienne une priorité dans le suivi du patient diabétique.

Le dépistage annuel du risque podologique reste encore insuffisamment pratiqué en cabinet de ville. De plus, lorsqu'il est effectué, les mesures préventives ne sont, en général, pas adaptées en fonction du risque lésionnel. Cette absence de ciblage génère une perte de temps pour les médecins à éduquer des patients non à risque et un défaut d'adhésion des patients aux mesures préventives.

Une meilleure réalisation du dépistage est primordiale afin d'optimiser la prévention. Plusieurs solutions semblent possibles et intéressantes : Approfondir la formation grâce à un passage obligatoire en diabétologie dans le cursus universitaire ; Développer une consultation annuelle rémunérée dédiée au pied ; développer un outil d'aide informatique. Enfin, le podologue pourrait également réaliser ce dépistage dans le cadre d'une consultation annuelle remboursée pour tous les diabétiques.

Un point majeur de la prise en charge est l'éducation thérapeutique du patient. L'information par les médecins est nécessaire mais insuffisante pour permettre une modification des comportements. Les séances d'éducation collectives ou individuelles consacrées au pied semblent une solution appréciée et efficace.

Face au développement des maladies chroniques, un des enjeux de la médecine actuelle est d'intégrer l'éducation thérapeutique à la pratique quotidienne des médecins. Elle doit permettre au patient d'être acteur de sa santé. Cette offre tend à se développer en médecine de ville notamment par l'intermédiaire de réseaux de

santé mais leurs développements doivent s'effectuer en partenariat avec les médecins traitants.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Invs.Données épidémiologiques Prévalence et incidence du diabète.
<http://Invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>,consulté le 15 novembre 2016.
2. Organisation Mondiale la Santé. World Health Organization. Global Report on diabetes. 2016.
3. Danand L,Decroix S. La prévention des complications du diabète. 2005 juil.
4. Bringer J. Complications sévères du diabète et suivi des examens recommandés en France : progrès, insuffisances et disparités. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(34-35):618.
5. Groupe international de travail sur le pied diabétique 2011.
6. Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole/ Etude Entred 2007-2010. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>, consulté le 5 décembre 2016.
7. Fosse-Edorh S, Manderau-Bruno L, Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(34-35):619-25.
8. Richard J-L, Sculdiner S. Épidémiologie du pied diabétique. La Revue de Médecine Interne. 2008;29:S222-S230.
9. Malgrange D. Physiopathologie du pied diabétique. La Revue de Médecine Interne. 2008;29:231-7.
10. Martini J. Le pied diabétique : dépistage et prévention. La revue de médecine interne. 2008;29:260-3.
11. Référentiel de bonnes pratiques : Pour la prévention et le traitement local chez les patients diabétiques à haut risque podologique. Médecine des maladies Métaboliques.2015 Mars;9.
12. HAS. Guide Parcours de Soins - Diabète type 2 de l'adulte.2014 Mars.
13. Aubert C,Hartemann A,Aubert J. Pied diabétique : rôle du médecin traitant dans le dépistage, la gradation et le suivi podologiques. Rev Méd Suisse. 2014; 10:2061-5.
14. Malacarne S, Chappuis B, Egli M, Hagon Traub I, Schimke K, Schonenweid C et al. Prévention des complications du pied diabétique. Rev Med Suisse. 2016;12:1092-6.

15. Ha Van G. Le pied diabétique. Revue du rhumatisme monographies.2014;81:192-7.
16. Dépistage et prise en charge préventive des complications podologiques chez le patient diabétique: évaluer le risque podologique.
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/diabete>. consulté le 10 septembre 2016.
17. HAS. Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure podologue. 2007 juill.
18. L'assurance maladie. Diabète : prévenir les complications du pied. www.ameli.fr pour les pédicures-podologues. consulté le 5 janvier 2017.
19. HAS. Les réseaux de santé. www.has-sante.fr. 2006.
20. Agence Régionale de Santé du Nord Pas de Calais. Programme d'actions sur les parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques- Le Diabète - DIABEVI 2013-2017.
21. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L et al. Exercer. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84):142-5.
22. Collège National des Généralistes Enseignants. Mercier A, Aubin-Auger I; Peronnet M. Recherche qualitative (GROUM.F).
https://www.cnge.fr/la_recherche/recherche_qualitative_groumf/ consulté le 5 janvier 2017.
23. Moreau A, Dedianne M, Letrilliart L, Le Goaziou M, Labarère J, Terra J. S'approprier la méthode des focus groups. Rev Prat Med Gen.2004 Mars;18(645):382-4.
24. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Nord Pas de Calais Situation en 2013. www.conseil-national.medecin. Consulté le 6 février 2017
25. Lucas N. Prévention du pied diabétique en médecine générale : proposition et évaluation d'un outil d'aide au dépistage en Haute-Normandie. Université de Rouen; 2016.
26. Resplandy L. Prévention de la plaie du pied diabétique en médecine générale : revue de la littérature et des recommandations. Propositions d'outils facilitateurs. Université Toulouse III; 2015.
27. Grandpré L. L'utilisation du monofilament et l'évaluation du risque de plaie du pied chez les patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes Landais. Université Bordeaux 2; 2013.
28. Vignerresse S, Grigoresco C, Tauveron I. Comment améliorer la prévention des plaies du pied diabétique ? Diabetes Metab. 2014;40:A 105.

29. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*. 2004;(10):79-86.
30. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;(87):74-9.
31. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010 - Résultats du module « information et éducation ». Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. 2011 déc.
32. Provost A-G. Prévention des lésions ulcérées du pied chez le diabétique : Utilisation du monofilament en médecine générale. Paris 6; 2005.
33. Reach G. Non-observance dans le diabète de type 2. *Press Med*.2013;42:886-92.
34. Al Sayah F, Soprovich A, Qui W, Edwards AL, Johnson JA. Diabetic Foot Disease, Self-Care and Clinical Monitoring in Adults with Type 2 Diabetes: The Alberta's Caring for Diabetes (ABCD) Cohort Study. 2015;(39):120-6.
35. Poupon P MM Hugo M, Blanco M, Rigalleau V. Quelle valeur objective accorder à un monofilament non perçu chez un patient diabétique ? *Diabetes Metab*. 2016;42.
36. Feng Y, Schlosser FJ, Sumpio BE. The Semmes Weinstein monofilament examination is a significant predictor of the risk of foot ulceration and amputation in patients with diabetes mellitus. *J Vasc Surg*.2011;53(1):220-6.
37. Chabay S, Bois T, Daoulo A, Le Pape G, Franc S, Mistretta F et al. Le Diapason gradué est-il plus prédictif de la survenue d'ulcère du pied que le monofilament chez les patients diabétiques de type 1 et 2 ? *Diabetes Metab*. 2016;42:33.
38. Reilhes L, Buvry S, Goletto M, Schuldiner S, Richard JL. Dépistage du risque podologique : seuil de perception vibratoire ou monofilament ? *Diabetes Metab*. 2011;38:125.
39. Monami M, Zannoni S, Gaias M, Nreu B, Marchionni N, Mannucci E. Effects of a Short Educational Program for the Prevention of Foot Ulcers in High-Risk Patients: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Endocrinology*.2015 Oct.
40. Laurent S, Zerouali J, Nalepa F, Cosson E, Valensi P. Éducation thérapeutique et pied diabétique. *Diabetes Metab*. 2011;37:111.
41. Meillet L, Combes J, Penfornis A. Prise en charge du diabète de type 2 : l'éducation thérapeutique. *Press Med*. 2013;42:880-5.
42. Sommer J, Peter-Riesch B. Le pied au cabinet du médecin généraliste. *Prim Hosp Care (fr)*. 2017;14-8.

43. L'assurance maladie. La rémunération sur objectifs de sante publique - Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. 2015 Avr.
44. Benamo D, Monso I, Benichou S, Tronc F, Reidy C, Gautier G et al. Est-ce qu'une séance d'éducation collective sur l'hygiène et les soins des pieds peut modifier les habitudes de vie des patients diabétiques ? Diabetes Metab. 2014;40:A 112.
45. Maspero-Bembaron C, Luciani M, Lévy M. Impact des séances d'éducation thérapeutique de groupe délivrées par un réseau ville-hôpital sur le niveau de connaissance de leur maladie de diabétiques de type 2. Diabetes Metab.2010 Mars;36:A66.
46. Fédération française des diabétiques.Redéfinir le panier de soins des personnes diabétiques pour réduire leurs Restes-A-Charge.
<https://www.federationdesdiabetiques.org> consulté le 20 fevrier 2017.
47. Lamotte M F, Marco V, Delorieux V, Pauly V, Monchot C, Calbrese F et al. Les réseaux Diabète : une aide à la prise en charge du diabète de type 2. Diabetes Metab. 2008;34:A 86.
48. Duquenne A, Delemotte A, Robette L, Lhotte C, Augustinski V, Peyroux MC et al. Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et des complications du diabète (OPQRS) : dynamique des réseaux Nord-Pas-de-Calais (NPDC). Diabetes Metab. 2009;35:A 91.
49. Bohme P, Durain Sieffert D, Fay R, Comtal I, Floriot M, Chery B et al. Efficacité à court terme d'un réseau de ville centré sur l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 : comparaison avec un service hospitalo-universitaire. Diabetes Metab. 2010;36:A 60.
50. Dely C, Pascal J, Barjonet L , Levasseur G, Lombrail P. Les représentations des patients adhérents à un réseau de santé : perspectives d'amélioration de leur prise en charge. Press Med. 2009;38(2):185-92.
51. Morel A, Lecoq G, Jourdain D. Evaluation de la prise en charge du diabète. Inspection générale des affaires sociales; 2012 avr.
52. Diabétobus - Maison du Diabète. www.maison-diabete.com.consulté le 22 mars 2017.

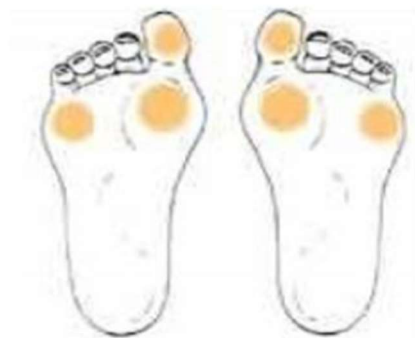
8 ANNEXES

8.1 UTILISATION DU MONOFILAMENT

Monofilament de Semmes-Weinstein

- L'examen doit être effectué dans une atmosphère calme et détendue. Appliquez d'abord le monofilament sur les mains du patient (ou le coude ou le front), de sorte qu'il ou elle sache à quoi s'attendre.
- Le patient ne doit pas être en mesure de voir si l'examineur applique ou non le monofilament. Les trois sites à tester sur les deux pieds sont indiqués sur la figure ci-dessous.
- Appliquer le monofilament perpendiculairement à la surface de la peau (figure A).
- Appliquer une force suffisante pour faire plier ou courber le filament (figure B).
- La durée totale de l'approche -contact avec la peau et retrait du filament- doit être d'environ 2 secondes.
- Appliquer le filament à la périphérie de, et non sur, un ulcère, un cal, une cicatrice ou du tissu nécrotique.
- Ne laisser pas le filament glisser sur la peau ou avoir un contact répétitif sur le site de test.
- Appuyer le filament sur la peau et demander au patient s'il sent la pression appliquée ("oui"/"non") et ensuite où il sent la pression ("pied gauche"/"pied droit").
- Répétez cette application deux fois sur le même site ; alternez avec au moins un "simulacre" d'application au cours duquel le filament n'est pas appliqué (au total trois questions par site).
- La sensation protectrice est présente sur chaque site si le patient répond correctement à deux des trois applications. La sensation protectrice est absente si deux des trois réponses sont incorrectes : le patient est alors considéré comme à risque d'ulcération.
- Encourager les patients lors du test en leur donnant un retour positif.
- Le soignant doit être conscient de la perte possible de qualité du monofilament quand il est utilisé pendant une période de temps trop longue.

Sites à tester avec le monofilament

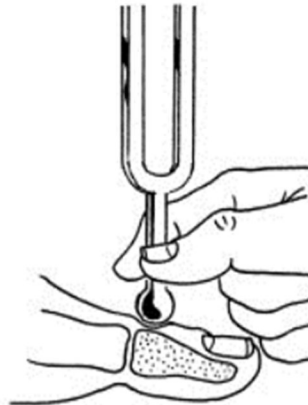


8.2 UTILISATION DU DIAPASON GRADUE

Diapason

- L'examen doit être effectué dans une atmosphère calme et détendue. Appliquez d'abord le diapason sur le poignet du patient (ou le coude ou la clavicule), de sorte qu'il ou elle sache à quoi s'attendre.
- Le patient ne doit pas être en mesure de voir si oui ou non l'examineur applique le diapason. Le diapason est appliqué sur une partie osseuse sur la face dorsale de la phalange distale du gros orteil.
- Le diapason doit être appliqué perpendiculairement et avec une pression constante (figure 8).
- Répétez cette application deux fois, mais alternez avec au moins un "simulacre" d'application au cours duquel le diapason ne vibre pas.
- Le test est positif si le patient répond correctement à au moins deux des trois applications et il est négatif ("à risque d'ulcération") si deux des trois réponses sont incorrectes.
- Si le patient est incapable de détecter les vibrations sur le gros orteil, le test est répété sur une zone plus proximale (tubérosité tibiale, malléole).
- Encouragez les patients lors du test en leur donnant un retour positif.

Comment utiliser un diapason



8.3 GUIDE DE L'ENTRETIEN SEMI DIRIGE

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de ma thèse en médecine générale. Il porte sur une des complications du diabète : le pied diabétique.

Avant de débiter, je vous rappelle que l'entretien est anonyme et que vous pouvez arrêter quand vous le désirez.

- 1) Le contexte :
Quel est votre type d'exercice ? (Rural ou urbain ; groupe ou seul)
Quel âge avez-vous ?
- 2) Quelles complications podologiques avez-vous déjà rencontrées chez vos patients diabétiques ?
- 3) Comment réalisez-vous cette prévention au quotidien ?
Sur le plan du dépistage ; sur le plan éducatif et au niveau du suivi
- 4) Quelles difficultés rencontrez-vous à la mise en place de cette prévention ?
- 5) Quels sont les autres professionnels de santé pour vous aider dans cette prévention ? (IDE, podologue, réseaux) Qu'en pensez-vous ?
- 6) Que souhaiteriez-vous pour optimiser cette prévention ?

8.4 GUIDE FOCUS GROUPE

- 1) Lors des 9 entretiens réalisés sur la prévention du pied diabétique, deux freins principaux ont été mis en évidence : le manque de temps et l'oubli fréquent de la complication du pied. Que pensez-vous de ces deux difficultés ?
- 2) Les entretiens auprès des patients ont montré que ces derniers souhaiteraient plus d'informations concernant cette complication de la part de leur médecin traitant. Que pensez-vous de cette demande des patients ?
- 3) Dans le mémoire, les médecins réalisaient peu la gradation du pied avec le test au mono filament de façon annuelle. Comment pratiquez-vous le dépistage du pied diabétique ?
- 4) La gradation du pied diabétique, permet de déterminer le risque lésionnel. Un patient de grade 1 a un risque lésionnel multiplié par 5, un patient de grade 2, un risque multiplié par 10, un patient de grade 3 un risque multiplié par 25, la connaissance du risque lésionnel permet de mieux mettre en place les moyens de prévention. Qu'envisageriez-vous pour améliorer la réalisation de la gradation du pied chez vos patients diabétiques ?
- 5) Sur le plan éducatif, quels messages clés délivrez-vous à vos patients sur le pied diabétique ?
- 6) Quelles pistes d'amélioration proposez-vous pour répondre à la demande d'information et d'éducation des patients sur le pied diabétique ?

AUTEUR : Nom : TAISNE

Prénom : Elodie

Date de soutenance : 26 avril 2017

Titre de la thèse : Freins à la prévention du pied diabétique en médecine générale :

Etude qualitative auprès des médecins.

Thèse de Médecine - Lille - 2017

Médecine générale

Mots clés : Prévention, Pied diabétique, qualitative, dépistage, médecine générale.

RESUME

Contexte : Le pied diabétique est un problème majeur de santé publique. Le médecin traitant a un rôle clé à jouer dans cette prévention afin de réduire la survenue de lésions du pied et de diminuer le risque d'amputation.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens semi-dirigés et par un focus group auprès de quinze médecins généralistes. L'objectif principal était de déterminer les freins à la prévention du pied diabétique en médecine générale. Les objectifs secondaires étaient de proposer des pistes d'amélioration et de confronter les données avec une étude réalisée en parallèle auprès de patients.

Résultats : La complication du pied diabétique est négligée à la fois par les médecins et les patients. Les autres freins retrouvés à la mise en place des mesures préventives sont : le manque de temps, le manque d'observance des patients et les nombreux doutes émis par les médecins autour de cette prévention. La sous-évaluation du risque lésionnel est à l'origine des difficultés retrouvées. Une meilleure réalisation du dépistage et la mise en place de mesures préventives ciblées seraient une des clés pour optimiser cette prévention. Afin d'améliorer la gradation du pied diabétique en médecine générale, plusieurs solutions existent : Replacer le pied au cœur du suivi des patients diabétiques, renforcer la formation des médecins par un passage obligatoire en diabétologie au cours du cursus universitaire, rémunérer l'acte du dépistage, diffuser des outils informatiques ou encore rembourser une consultation annuelle chez le podologue. L'éducation thérapeutique est un point essentiel de la prise en charge. Les patients sont amateurs de séances collectives ou individuelles. Les réseaux peuvent être une solution à condition d'une meilleure collaboration avec les médecins traitants et en y adressant uniquement les patients à risque.

Conclusion : La prévention du pied diabétique doit devenir une priorité dans le suivi du patient diabétique en médecine générale. Le dépistage du risque lésionnel est incontournable pour la mise en place de mesures préventives adaptées. De nombreuses pistes sont envisageables pour une meilleure organisation de cette prévention.

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur FONTAINE Pierre

Assesseurs : Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Monsieur le Docteur HANNEQUART Philippe

Directeur : Madame le Docteur DUMINIL-DELANNOY Thérèse

