

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'éducation nutritionnelle des patients diabétiques de type 2 par les
médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.
Qu'en est-il en 2019 ?**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2020 à 14 heures
au Pôle Formation
par Eglantine DEHAUT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Madame le Professeur Monique ROMON

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Stéphanie ESPIARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Pierre LECLUSE

Avertissement

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ALD : Affection Longue Durée
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- DPC : Développement Professionnel Continu
- ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FFD : Fédération Française des Diabétiques
- FID : Fédération Internationale du Diabète
- FMC : Formation Médicale Continue
- GAJ : Glycémie à jeun
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HbA1c : Hémoglobine glyquée
- HTA : Hypertension artérielle
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- LDL-c : Low density Lipoprotein Cholesterol
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SFD : Société Francophone du Diabète
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- USB : Universal Serial Bus

TABLE DES MATIERES

I INTRODUCTION	1
II METHODE	5
1) LA METHODE QUALITATIVE	5
2) PROTOCOLE DE RECHERCHE	5
3) INCLUSION DANS L'ETUDE	5
4) GRILLE D'ENTRETIEN	6
5) LES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	6
6) TRAITEMENT DES DONNEES	7
7) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	7
III RESULTATS	9
1) EXPLIQUER LE DIABETE DE TYPE 2 AU PATIENT	10
2) LA DEFINITION DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE SELON LES MEDECINS GENERALISTES	12
2.1) L' EDUCATION NUTRITIONNELLE : LA MEME POUR TOUS	12
2.2) UNE DEFINITION EVOLUTIVE	13
2.3) DES ELEMENTS CLES	13
2.4) UN REEQUILIBRAGE ALIMENTAIRE	14
3) LA MISE EN PLACE DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE	15
3.1) QUAND L'EVOQUER ?	15
3.2) DES FACILITES	16
3.3) DES OBSTACLES	19
3.4) DUREE MOYENNE CONSACREE	23
4) TECHNIQUES	24
4.1) COMPRENDRE LE PATIENT	24
4.2) S'ADAPTER AU PATIENT	25
4.3) GARDER LA NOTION DE PLAISIR	27
4.4) UN CHANGEMENT PROGRESSIF	27
4.5) UNE EQUIPE	28
4.6) UNE TECHNIQUE DE COMMUNICATION	28
5) LES RESEAUX DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE	30
5.1) LE DIABETOLOGUE ET LE MEDECIN NUTRITIONNISTE	30
5.2) LA DIETETICIENNE	31
5.3) L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)	32
5.4) LE RESEAU SOPHIA DE LA CPAM (CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)	34

6) SUPPORTS DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE	35
6.1) LES SUPPORTS DES MEDECINS GENERALISTES	35
6.2) LES SUPPORTS DES PATIENTS	37
7) LE MEDECIN GENERALISTE EN DEMANDE DE SUPPORTS	37
7.1) CONDITIONS D'UTILISATION DE CES SUPPORTS	38
7.2) TYPES DE SUPPORTS DEMANDES	38
IV DISCUSSION	40
1) LES FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	40
1.1) LES FORCES DE L'ETUDE	40
1.2) LES LIMITES DE L'ETUDE	41
2) ANALYSE DES RESULTATS	42
2.1) DEFINITION DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE	43
2.2) LA MISE EN PLACE DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE :	45
2. 3) LES TECHNIQUES	48
2.4) LES RESEAUX UTILISES	52
2.5) LES SUPPORTS UTILISES ET DEMANDES	56
2.6) LES PISTES D'AMELIORATION	58
V CONCLUSION	62
VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
VII ANNEXES	68
1) FICHE DE REGLES DIETETIQUES DISTRIBUEE PAR L'UN DES MEDECINS	68
2) FICHE DE REGLES HYGIENO-DIETETIQUES DISPONIBLE SUR LE SITE DIABETOCLIC	69
3) GRILLE D'ENTRETIEN	71

RESUME

Contexte : Le diabète de type 2 est un problème de santé publique. La France compte plus de 3 millions de diabétiques, dont plus de 90% de type 2. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont parmi les plus touchés. La base de la prise en charge repose sur les règles hygiéno-diététiques. Le médecin traitant apparaît comme l'un des premiers et meilleurs acteurs pour les instaurer.

L'objectif de ce travail est d'aborder l'éducation nutritionnelle que diffusent les médecins généralistes aux patients diabétiques de type 2, puis d'identifier les supports utilisés et les pistes d'amélioration potentielles.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de 13 médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Les entretiens étaient enregistrés, puis retranscrits et anonymisés pour être codés à l'aide du logiciel NVIVO12 PLUS®.

Résultat : L'éducation nutritionnelle était abordée dès la première consultation et à chaque entretien. Les médecins l'ont définie principalement comme un rééquilibrage alimentaire avec des aliments à favoriser ou à éviter. Ils retrouvaient des facilités et des freins à la mise en place de celle-ci. Parmi ces obstacles, ils citaient le manque de temps en consultation, le manque d'investissement du patient, soit parce qu'il ne comprenait pas ou n'avait pas envie, soit parce qu'il éprouvait des difficultés à mettre en place cette éducation, de par son statut, son entourage et son travail notamment.

Les médecins ont adopté plusieurs techniques pour la promouvoir au mieux. Par une écoute, une reformulation et une compréhension du patient, afin de mieux s'adapter à lui, les médecins mettaient en place un changement progressif des habitudes de vie du malade. Les praticiens s'appuyaient sur différents réseaux : spécialistes, diététiciennes, ETP, mais également sur d'autres supports. Dans l'idée d'une amélioration continue, ils proposaient l'élaboration de sites intuitifs et d'applications dédiées.

Conclusion : Les médecins généralistes apparaissent bien au fait de l'éducation nutritionnelle recommandée chez les patients diabétiques de type 2. Ils éprouvent cependant des difficultés à sa mise en place. Des aides extérieures existent mais semblent mal connues. Leur enseignement semble nécessaire lors de la formation universitaire puis en Formation Médicale Continue (FMC).

I INTRODUCTION

Le diabète est une maladie chronique.

Comme le rappelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le pancréas n'arrive pas ou plus à produire suffisamment l'insuline (1). Cette hormone est nécessaire pour stocker le sucre dans le corps, et ainsi adapter la concentration sanguine de ce dernier.

Si la glycémie n'est pas contrôlée, le taux de sucre reste élevé et une hyperglycémie chronique s'installe. Ce qui peut entraîner l'atteinte de nombreux organes et vaisseaux sanguins.

Le diagnostic de diabète sucré est posé lorsque l'on constate à deux reprises une glycémie à jeun (GAJ) supérieure ou égale à 1,26g/L (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures; ou si l'on constate au moins une glycémie aléatoire supérieure ou égale à 2g/L (11,1 mmol/l) (2).

Concernant les chiffres, sa prévalence mondiale ne cesse d'augmenter.

Elle a été multipliée par quatre, en passant de 108 millions en 1980 à 422 millions de patients diabétiques en 2014 (1).

En 2015, on a estimé que 1,6 million de décès étaient directement dus au diabète. A cela s'ajoute 2,2 millions de décès supplémentaires attribués à l'hyperglycémie (1).

Ainsi, une personne meurt du diabète toutes les six secondes dans le monde, soit plus que du SIDA ou de la tuberculose (3).

A l'échelle nationale, plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement, ce qui correspond à 5% de la population (4).

Ce chiffre ne tient pas compte des diabétiques qui s'ignorent et ceux qui sont traités par règles hygiéno-diététiques seules.

Ce qui augmente finalement la prévalence des diabétiques de près de 700 000 patients supplémentaires selon les chiffres communiqués par la Fédération Française des Diabétiques (FFD) (5)(6).

Le diabète de type 2 est le diabète le plus fréquent : plus de 92 % des cas de diabète de l'adulte en France (7).

Ce diabète sucré résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme, que l'on appelle « insulino-résistance ».

Le début de la maladie est souvent lent et insidieux. En effet, la symptomatologie est généralement pauvre voire absente lors des prémices de la maladie.

Autrefois appelé diabète de la maturité, le diabète de type 2 touche également des adolescents et des enfants (1).

A cause de sa prévalence considérable et ses complications, le diabète est une maladie très coûteuse : plus de 8 milliards d'euros sont imputables directement au diabète, en 2017, selon l'Assurance Maladie (8).

La situation est préoccupante, en particulier dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Les instituts sanitaires remarquent ainsi un risque de diabète et d'obésité significativement supérieur à la moyenne nationale : 5,5% de la population est diabétique (9).

Les données de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de 2017, pour la période 2006-2013, recensaient 3644 décès par diabète, soit une surmortalité de +35% par rapport au reste de la France (7).

Les admissions en ALD (Affection Longue Durée) pour le diabète de type 2 y sont aussi plus nombreuses que dans le reste du pays : une sur-admission de +34% chez les femmes et +23% chez les hommes (7).

C'est donc un problème de santé publique.

Parmi les facteurs de risque de diabète, en plus des prédispositions génétiques, les facteurs sociaux et environnementaux (en lien avec nos modes de vie) jouent un rôle majeur.

En effet, le surpoids, l'obésité, la sédentarité, le manque d'activité physique augmentent la prévalence du diabète (5).

Ainsi, selon les données de l'enquête ObÉpi de 2012, 43 % des personnes diabétiques de type 2 de l'étude étaient obèses (47% des femmes et 40% des hommes). Par comparaison avec la population non diabétique ayant un poids normal, 3 fois plus de personnes déclaraient un diabète traité ou sous régime seul en cas de surpoids ($IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$), 7 fois plus en cas d'obésité ($IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) (10).

La Société Francophone du Diabète (SFD) comme la Haute Autorité de Santé (HAS) nous rappellent que les bases de la prise en charge reposent sur les règles hygiéno-diététiques :

la nutrition et l'activité physique (11)(12).

Concernant l'alimentation, 80 % des personnes diabétiques de type 2 ne suivent pas les recommandations diététiques proposées (11).

Il est donc capital que le patient bénéficie d'un plan de soin diététique personnalisé et participe à des actions éducatives en coopération avec le médecin traitant (11).

Il est vrai que le médecin généraliste apparaît comme un acteur de choix dans cette éducation.

Il fait partie des premiers interlocuteurs en soins primaires pour mettre en œuvre ces conseils.

Les associations de patients telles que la FDD s'accordent également sur le rôle du médecin traitant.

Ainsi, la première consultation du diabète est l'occasion de faire le point sur le mode de vie, le milieu familial, le milieu socio-professionnel, le rythme et lieu des repas (domicile, collectivité, restaurant, cantine). Et d'insister sur l'importance de l'activité physique (13).

En regard de ces recommandations et de ces chiffres qui augmentent, on s'interroge sur la motivation des patients à suivre ces règles hygiéno-diététiques. Comment le médecin généraliste peut-il adapter sa consultation, pour favoriser l'observance du patient ?

L'objectif de cette étude est d'aborder l'éducation nutritionnelle que diffusent les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais aux patients diabétiques de type 2.

L'objectif secondaire est d'identifier les supports utilisés et de rechercher les pistes d'amélioration possibles.

II METHODE

1) La méthode qualitative

Le but de cette étude était d'analyser les pratiques des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, en 2019, concernant l'éducation nutritionnelle de leurs patients diabétiques de type 2.

La méthode qualitative a été choisie. Elle permet d'explorer différents sujets en médecine générale. Elle permet de mieux analyser les pratiques, les comportements et le ressenti des médecins interrogés (14).

2) Protocole de recherche

Le protocole de recherche a été approuvé par la Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille.

L'accord de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été obtenu.

L'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas demandé, car l'évaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques n'était pas considérée comme une « recherche impliquant la personne humaine ».

3) Inclusion dans l'étude

Les candidats ont été recrutés par l'intermédiaire d'un échantillonnage en chaîne, dans le souci d'une variation maximale des participants concernant l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice.

Les caractéristiques de chaque médecin ont été référencées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 1).

Les médecins généralistes installés ont ensuite été contactés par téléphone.

Après leur avoir expliqué les modalités et obtenu leur consentement à la participation de cette étude, un rendez-vous était fixé.

Les critères d'exclusion étaient le statut « médecin remplaçant », « médecin retraité » et le refus de participation à l'étude.

4) Grille d'entretien

Une grille d'entretien de cinq questions ouvertes a été établie (cf. annexe 3). Celle-ci nous a servi de fil conducteur pendant les entretiens. Des questions de relance étaient également élaborées pour aider le médecin à développer ses réponses.

Au fil des entretiens, notre questionnaire a été modifié, afin de mieux répondre à nos objectifs. Une question a également été rajoutée (cf. annexe 3).

5) Les entretiens semi-dirigés

Cette étude a été réalisée grâce à des entretiens individuels semi-dirigés se déroulant au cabinet des médecins généralistes ou à leur domicile, entre avril et novembre 2019.

Ils étaient avertis de l'anonymisation des données recueillies.

Ils ont signé un formulaire de participation en double exemplaire (cf. annexe 4). Une feuille d'opposition leur était également remise (cf. annexe 5).

Les entretiens étaient enregistrés sur un dispositif d'enregistrement microphonique, puis retranscrits et anonymisés. Ils étaient stockés sur clé USB jusqu'à la soutenance de thèse.

Ils seront ensuite détruits.

6) Traitement des données

Les entretiens ont été initialement retranscrits un logiciel de traitement de texte (OpenOffice Writer ®).

L'anonymisation des données était assurée dès cette étape.

Un codage axial des verbatims a ensuite été réalisé sur le logiciel d'analyse qualitative N'VIVO 12 PLUS ®.

Pour chaque entretien, un double codage a été réalisé à l'aide d'une collègue, interne de médecine générale. Chaque verbatim a été classé dans une catégorie représentant l'idée qu'il véhiculait.

Un verbatim pouvait être intégré dans plusieurs catégories. Une fois regroupées, ces catégories représentaient un arbre de concepts, résultat de l'étude.

7) Recherche Bibliographique

Un travail de recherche bibliographique a été effectué. Celui-ci a permis de recenser des travaux de recherche à l'échelle nationale et internationale.

Les principales bases de données ont été PUBMED, CISMEF, GOOGLE-SCHOLAR.

Les mots-clés les plus recherchés étaient :

- ✓ alimentation
- ✓ diabète de type 2
- ✓ diabétique de type 2
- ✓ diététique
- ✓ éducation
- ✓ éducation nutritionnelle

- ✓ éducation thérapeutique
- ✓ médecin généraliste
- ✓ médecine générale
- ✓ nutrition
- ✓ règles hygiéno-diététiques

III RESULTATS

13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

Un total de 225 verbatims a été retrouvé au cours des entretiens.

L'entretien le plus court a duré 10 minutes et le plus long 26 minutes.

Les caractéristiques des différents médecins interrogés sont répertoriées dans le tableau ci-dessous (Tableau 1).

Médecin	âge	sexe	année d'installation	secteur	département	MSU	type d'exercice
M1	30-40 ans	féminin	2013	rural	59	non	exercice individuel
M2	50-60 ans	masculin	1996	semi-rural	59	non	cabinet pluridisciplinaire
M3	30-40 ans	masculin	2010	urbain	59	non	exercice en groupe
M4	60-70 ans	masculin	1994	rural	62	oui	cabinet pluridisciplinaire, multi-sites
M5	50-60 ans	féminin	1997	rural	62	non	cabinet pluridisciplinaire, multi-sites
M6	50-60 ans	masculin	1993	semi-rural	59	oui	exercice individuel
M7	30-40 ans	féminin	2012	semi-rural	59	non	exercice individuel
M8	20-30 ans	masculin	2019	urbain	59	non	exercice individuel
M9	50-60 ans	masculin	1991	urbain	62	oui	exercice en groupe
M10	30-40 ans	féminin	2019	urbain	62	non	exercice en groupe
M11	30-40 ans	masculin	2007	urbain	62	non	cabinet pluridisciplinaire
M12	60-70 ans	masculin	1991	urbain	62	oui	cabinet pluridisciplinaire
M13	60-70 ans	masculin	1986	urbain	62	oui	cabinet pluridisciplinaire

Tableau 1 : Principales caractéristiques de la population interrogée

1) Expliquer le diabète de type 2 au patient

Lors de la consultation initiale, les médecins ont commencé par définir ce qu'était le diabète de type 2 à leurs patients.

Ils prenaient le temps d'expliquer la maladie, sa physiopathologie, ses complications ainsi que les traitements et le suivi.

M9 : « A la première consultation, je fais un panel un peu général du diabète ».

M10 : « Je leur explique bien, le mécanisme, la physiopathologie. Qu'est-ce que c'est le diabète. Pourquoi leur taux de sucre est trop élevé ».

Ils leur ont expliqué que diabète n'était pas systématiquement synonyme d'insuline.

M1 : « Diabète égale insuline » pour des patients. Je leur dis déjà que l'on n'est pas du tout dans ce schéma là, ça c'est vraiment les patients qui ont un diabète évolué, ou un diabète qui est découvert vraiment tardivement ».

Les médecins ont expliqué qu'il existait différents types de diabète. Ils ont expliqué ces diabètes, leurs modes de fonctionnement ainsi que les traitements qui en découlent.

M1 : « Je leur explique qu'il y en a deux types. Que le diabète découvert chez l'enfant n'est pas le même que leur diabète découvert à 50 ans passés, que ce n'est pas la même chose ».

M2 : « Après tout dépend aussi de son âge, diabète de type 2 de la maturité ».

Ils ont évoqué avec eux le diagnostic par deux glycémies à jeun supérieures ou égales à 1,26g/L.

M1 : « si le deuxième dosage était supérieur à 1,26g/L, vous pourriez être diabétique »

M2 : Glycémie à jeun deux fois supérieures à 1,26g/L »

Ils ont également abordé le marqueur de suivi du diabète qu'est l'hémoglobine glyquée (HbA1c), plus précis. Leur suivi et attitude thérapeutique étaient adaptés à la valeur de cette HbA1c.

M3 : « Et si cela est confirmé avec une HbA1c qui est au-dessus de la norme. [...] Si l'HbA1c est à 8%, là je sais que, même si on met au régime, il faut mettre un truc médicamenteux ».

M10 : « En fonction du taux de l' HbA1c ».

Ils leur ont expliqué que la première consultation, lors de la découverte de diabète, n'était pas forcément synonyme de médicaments. En première consultation, suite à la découverte de la maladie, les médecins généralistes ont indiqué que la prise en charge était essentiellement basée sur les règles hygiéno-diététiques.

M1 : « Mais c'est sûr que la première consultation ne débouche pas forcément sur une prescription médicamenteuse ».

M4 : « Ça dépend du niveau du diabète. S'ils sont juste à la limite, euh on commence en général par des consignes diététiques, et on recontrôle après quoi ».

L'ensemble de ces échanges a montré l'importance pour les médecins généralistes d'éduquer leurs patients à la nutrition.

2) La définition de l'éducation nutritionnelle selon les médecins généralistes

2.1) L' éducation nutritionnelle : la même pour tous

Que les patients soient diabétiques ou non, malades ou non, les soignants se sont accordés sur le fait que cette éducation devait être suivie par toute la population.

M1 : « Mais je les préviens et leur dis toujours, ce n'est pas une question d'être diabétique, c'est un rééquilibrage alimentaire qu'on devrait tous faire ».

Les médecins encourageaient donc l'entourage du patient à suivre ces directives. En s'adressant à l'ensemble de la famille, cela pouvait éviter la marginalisation du patient diabétique et favoriser une meilleure observance. Ils leur ont expliqué que cela pouvait être bénéfique pour tous.

M1 : « Tout le monde à la maison, pourra suivre les mêmes directives. [...] Et si tout le monde peut suivre dans l'entourage, c'est d'autant mieux ».

M7 : (en parlant du patient) « Pas toujours envie d'embarquer tout le monde dans un changement alimentaire. Alors qu'en général c'est plutôt positif ».

2.2) Une définition évolutive

Les médecins ont admis ne pas tout connaître, notamment les définitions strictes établies par les médecins nutritionnistes. Définitions qu'ils ont acceptées de remettre en question car évoluant sans cesse.

M2 : « On n'a pas toutes les finesses. Parce que l'on n'a pas tout en tête, tout simplement. On n'est pas des nutritionnistes non plus ».

M4 : « (en parlant d'un médecin formateur) Il expliquait que le régime du diabétique, c'était un régime normal. Or ce n'est pas ce que l'on nous avait appris dans nos études. Il y a une évolution ».

M5 : « C'est vrai, je donne des conseils, mais qui ne sont peut-être pas non plus, peut-être pas mis au goût du jour ».

2.3) Des éléments clés

Tout d'abord, selon les médecins généralistes, il s'agissait de réaliser quatre repas par jour.

M5 : « Je leur demande de faire 4 repas en général. Petit-déjeuner, déjeuner, la collation, et un dîner ».

➤ **Éléments à éviter**

Il y avait des aliments et comportements à éviter, d'autres à favoriser.

Parmi ceux à limiter, on retrouvait l'alcool, les grignotages, les sucres rapides de tous types. Continuer à consommer des fruits et des féculents mais en quantité raisonnable selon les médecins.

M3 : « Je mets toujours l'alcool. Dans le Nord...(rire) [...] Après il y a ce qui est féculents, tout ce qui est frites. [...] Les trucs un peu cachés où on ne pense pas.

Donc là je dis ce n'est pas interdit mais qu'il faut coupler avec des légumes ».

M4 : « Ne pas grignoter des sucreries entre deux. Et éviter de boire des boissons sucrées »

M5 : « Et puis ils font des erreurs, en fruits, qui sont assez...Ils en mangent beaucoup ».

➤ **Éléments à favoriser**

Dans ceux à favoriser, on retrouvait les légumes et une bonne hydratation.

M5 : « De bien s'hydrater. Souvent l'hydratation pêche dans notre région ».

M9 : « Manger des légumes tous les jours ».

2.4) Un rééquilibrage alimentaire

Les médecins insistaient sur la notion de rééquilibrer l'alimentation. Ils parlaient de rééquilibrage et non de « régime alimentaire ». Régime qui pouvait être vu comme plus contraignant par les patients.

M1 : « Oui c'est un rééquilibrage alimentaire ».

M4 : « Rééquilibrer l'alimentation. [...] Sans faire d'excès ».

En plus de l'idée de rééquilibrage alimentaire, les praticiens soulignaient l'importance de la qualité nutritionnelle de cette alimentation.

M1 : « Cette qualité nutritionnelle, cette hygiène diététique ».

M2 : « La qualité des aliments de base, si c'est du préparé ou préparé par lui-même ».

3) La mise en place de l'éducation nutritionnelle

3.1) Quand l'évoquer ?

Tous les médecins interrogés l'ont évoquée dès le début de la prise en charge.

M1 : « la nutrition, je l'aborde déjà dès le premier rendez-vous ».

M3 : « bon bin là je démarre. Alors, soit je fais un régime. [...] Donc, dès la première consultation ».

Ils essayaient de l'aborder à chaque consultation, pour mieux ancrer le message de cette éducation dans l'esprit des patients.

M2 : « Donc à force de rabâcher, peut-être, qu'à la longue, il retiendra mieux ».

M5 : « En général il faut quand même répéter régulièrement, à chaque consultation ».

Certains l'évoquaient avant même que l'on parle de diabète. En favorisant la prévention, les médecins tentaient de diminuer l'incidence de la maladie dans leur patientèle.

M6 : « Donc je m'occupe [...] de leur alimentation avant qu'ils ne soient diabétiques et pas une fois qu'ils sont diabétiques ».

M9 : « Après, à la première hyperglycémie, je vais leur donner des règles diététiques ».

3.2) Des facilités

➤ Une prise de conscience qui permet une motivation

Suite à l'annonce du diabète, certains patients ont compris l'importance de la maladie et de ses conséquences.

M9 : « Ils vont être hyper réceptifs, hyper attentifs ».

M10 : « Ils vont avoir une prise de conscience [...] de la gravité et de l'ampleur de la maladie ».

Cette prise de conscience enfin suscitée, le patient a eu plus envie de participer à sa santé. Il a eu envie d'agir sur celle-ci.

M1 : « Trois fois sur quatre, ils ont cette prise de conscience et vont se dire : « J'ai un virage à 90° à faire. [...] Je vais faire plus d'efforts » ».

M2 : « Pour certains cette découverte va être une motivation pour un changement ».

➤ **Une motivation qui permet une coopération**

Une fois cette motivation acquise, le patient avait envie d'être acteur de son diabète.

Et cela, il peut le faire en travaillant en équipe avec son médecin. Une véritable coopération se met en place.

M1 : « Des patients coopératifs »

M4 : « Pas trop d'obstacles non, ils acceptent le régime »

➤ **Améliorer les autres pathologies**

Grâce aux explications du soignant, le patient semblait comprendre les avantages de cette éducation nutritionnelle.

Tout d'abord, cela pouvait améliorer ses comorbidités et autres maladies.

M8 : « Le fait de changer l'alimentation, c'est bénéfique pour le diabète, mais aussi pour plein d'autres pathologies de façon globale ».

M12 : « Ça ne fera qu'arranger les autres pathologies ».

Par conséquent, cela pouvait améliorer ses résultats de biologie sanguine.

M7 : « Ils sont contents quand ils ont une bonne prise de sang ».

➤ **Améliorer la condition physique**

De plus, adopter ces règles hygiéno-diététiques pouvait contribuer à améliorer sa condition physique.

M12 : « Tout un ensemble des choses qui va améliorer, normalement, leur quotidien ».

M13 : « Moins d'obstacles à sa vie de tous les jours ».

En améliorant leur condition physique, la perte pondérale devenait plus accessible.

M4 : « ils sont contents quand ils ont perdu un peu de poids ».

➤ **Améliorer l'image de soi**

L'ensemble de ces améliorations contribuaient finalement à améliorer l'image que le patient avait de lui.

M6 : « Mieux s'habiller, avoir une meilleure image de soi ».

➤ **Avoir un entourage aidant**

En plus de l'ensemble des idées citées précédemment, la présence d'un entourage aidant était aussi une facilité. En effet, le patient n'est pas seul face à la maladie.

M4 : « Après cela dépend aussi, de l'entourage. [...] Après, quand il y a entourage qui met un petit peu de pression, ça aide aussi ».

3.3) Des obstacles

➤ Le manque de temps

La durée de consultation limitée, avec un patient souvent polypathologique, a rendu difficile cette prise de temps, pour réaliser une éducation nutritionnelle optimale.

M4 : « En général, les diabétiques, ce sont des patients polypathologiques, qui viennent pour plein de problèmes. Donc je pense que la diététique, c'est vraiment un truc qui passe carrément en dernier quoi. [...] Quinze minutes tous les trois mois pour tout gérer, c'est vrai que pour la diététique, il reste 1min 30sec ».

M8 : « Faire une éducation thérapeutique, nutritionnelle, c'est bien plus long que de dire : « Prenez de la METFORMINE 3 fois par jour » ».

Pour tenter de pallier ce manque de temps, certains médecins ont fait des consultations plus longues, d'autres dédiées à la nutrition. Enfin certains ont prévu des rendez-vous plus fréquents.

M8 : « J'aime bien le reconvoquer pour uniquement faire une consultation dédiée à l'alimentation ».

M9 : « Souvent plus long que 15 min ».

M12 : « Je le vois une fois par mois en général pendant 3 mois, et puis après on voit ».

➤ La clarté du discours du médecin généraliste

Certains médecins se sont interrogés quant à leur pédagogie, à leur capacité de bien faire comprendre à leur malade. Beaucoup d'informations spécialisées étaient délivrées. Le patient les avait-il bien intégrées ?

M2 : « Et peut-être en même temps la clarté de mon discours. Ai-je été suffisamment pédagogue ? Donc ça c'est l'inconvénient de celui qui délivre l'information ».

M13 : « On a l'impression d'avoir bien expliqué, et en fait ils n'ont rien compris ».

➤ **Le niveau de compréhension du patient**

En opposition au niveau intellectuel élevé du patient qui pouvait être une facilité, un niveau de compréhension faible devenait un obstacle.

M5 : « C'est vrai qu'en général, bon les gens motivés ont souvent [...] peut-être un niveau de compréhension des choses un peu plus élevé ».

M13 : « On a l'impression d'avoir bien expliqué, et en fait ils n'ont rien compris ».

➤ **Le manque d'envie du patient et le déni**

Parfois, selon les médecins, le patient n'avait pas envie de s'impliquer dans le parcours de sa maladie, ni d'en comprendre les enjeux.

M2 : « Parce que premier des gros échecs, c'est des gens qui reçoivent toutes nos informations, puis ils ne savent pas les appliquer, ou n'ont pas envie. [...] Et d'autres au contraire vont se dire « je n'ai pas envie de renoncer à mes plaisirs de bouche » ».

M4 : « Je pense qu'ils n'ont pas envie de faire d'efforts ».

Parfois, le patient pouvait être dans un déni complet : dans le déni du sucre et de la maladie.

M3 : « Eh bien, le diabétique, c'est pareil, il a un déni de la sucrerie, de l'écart ».

M9 : « Une espèce de déni de la pathologie ».

➤ **Le statut du patient**

L'âge du patient pouvait être un obstacle. En effet, les médecins rapportaient que « faire changer un patient de 50-60 ans avec des comportements ancrés depuis 30 ans », c'était plus difficile.

M10 : «Ce sont des patients de 50 ans et non des jeunes, donc pour changer les habitudes bien présentes, c'est compliqué... ».

Certains médecins mentionnaient la solitude du patient comme obstacle.

M8 : « « Je n'ai pas envie de me faire à manger parce que je vis seul ». Ça aussi, c'est un frein que les patients rapportent souvent ».

Le niveau socio-économique du patient était également un frein.

De plus, les habitudes alimentaires acquises au cours de l'enfance n'étaient pas forcément optimales.

Les praticiens rapportaient également qu'une alimentation saine et équilibrée coûtait chère.

M9 : « Manger des légumes tous les jours, cela coûte cher ».

M10 : « Bien manger, cela coûte cher. [...] Ça coûte moins cher d'acheter de la viande grasse que de la viande de qualité moins grasse ».

M10 : « Ce sont des gens qui n'ont pas toujours été bien éduqués depuis leur enfance ».

De même, le niveau d'anxiété du patient apparaissait comme un autre obstacle. Il est vrai que chez certaines personnes, le stress pouvait amener à une prise pondérale importante, de par des repas plus riches et des grignotages.

M4 : « Il y a quand même pas mal de gens stressés, qui grignotent pas mal. [...] Ils mangent parce qu'ils ont des périodes de boulimie. Et cela, ils ont beaucoup de mal à le gérer ».

➤ L'entourage

Indépendamment du patient, son entourage apparaissait comme une facilité ou comme un obstacle. En effet, l'entourage n'avait pas forcément envie de changer des habitudes bien établies pour une seule personne.

M5 : « Franchement, ce qui pose vraiment problème, ce sont les habitudes alimentaires de la famille ».

M6 : « Des saboteurs dans l'entourage ».

M13 : « Donc il faut aussi changer les habitudes alimentaires du conjoint... ».

➤ La vie professionnelle

Le travail du patient apparaissait souvent comme un obstacle majeur selon les médecins.

M1 : « Obstacle égale la vie professionnelle ».

M13 : « Les conditions de travail, les horaires de travail ».

Les médecins évoquaient notamment les chauffeurs routiers qui mangent rapidement et hors de chez eux, de même que les commerciaux.

Finalement, cela regroupait l'ensemble des personnes qui n'avaient pas la possibilité de manger chez eux.

M1 : « Un patient qui me dit : « Moi je suis chauffeur routier, je mange des sandwichs et des boîtes tous les midis. [...] Je suis parti de la maison du lundi au vendredi » ».

M11 : « Des gens qui ont des repas réguliers au restaurant, comme les cadres ».

3.4) Durée moyenne consacrée

Sur l'ensemble des consultations, la durée moyenne consacrée à cette éducation nutritionnelle était difficile à estimer.

M8 : « Difficile à dire ».

M10 : « C'est compliqué ».

Cependant la plupart des professionnels de santé l'estimait entre 15 et 20% environ.

M11 : « Entre 15 et 20% ».

M13 : « Je dirai 20%... ».

4) Techniques

4.1) Comprendre le patient

Certains médecins rapportaient l'importance de comprendre leurs patients.

Comprendre leurs inquiétudes pour mieux les désamorcer. En effet, pour certains patients, l'annonce de la maladie était vécue comme une étape difficile.

M9 : « Des patients pour qui le diabète, c'est un vrai traumatisme. [...] Comme si on leur annonçait une maladie très grave ».

Pour quelques patients, le diabète était synonyme d'insuline, qu'ils redoutaient.

M1 : « Vraiment les patients, ont une peur bleue de l'insuline. Tout de suite diabète égale insuline. [...] C'est vraiment hyper inquiétant pour eux ».

En tenant compte des appréhensions des patients, les médecins pouvaient mieux les comprendre. Ils les rassuraient quant à leur avenir de diabétique.

M1 : « Surtout que moi, je suis plutôt « banalisante ». Je leur dis :« Ce n'est pas grave d'être diabétique. [...] Nous allons bien le soigner. On peut bien vivre avec » ».

M7 : « J'essaye plutôt d'être cool et de dédramatiser ».

Pour tenter de mieux comprendre leurs patients, les soignants les interrogeaient sur leurs habitudes alimentaires. Ils tentaient de mieux comprendre les causes de leur maladie.

M1 : « En leur posant des questions sur leurs habitudes alimentaires ».

M2 :« Mais je pense que la première chose que je fais, c'est voir ce que le patient fait. [...] Je l'interroge quand même sur ses habitudes alimentaires ».

Quelques médecins demandaient alors à leurs patients de remplir un journal alimentaire.

En évoquant les aliments consommés sur une période donnée, les praticiens pouvaient se rendre compte des habitudes de consommation de chacun.

M8 : «Sur une semaine complète, ils notent ce qu'ils mangent ».

M12 : « Faire un agenda alimentaire ».

M13 : « Je leur demande de me noter un peu tout ce qu'ils mangent ».

4.2) S'adapter au patient

En effet, les soignants comprenaient que chaque patient était différent. Chaque vécu de la maladie, chaque parcours était particulier. L'adaptabilité de la Médecine était un prérequis fondamental dans la prise en charge optimale du patient diabétique en 2019.

M1 : « C'est vraiment une adaptabilité, une souplesse ».

M2 : Et je leur dis : « Et après vous me dites ensuite ce qui est faisable, ce qui n'est pas faisable selon vous aussi » ».

M9 : « il y aura autant de réponses différentes que de patients ».

En essayant de comprendre leurs patients, les médecins se rendaient compte qu'imposer un régime serait difficile à suivre et inefficace.

M1 : « Je leur explique, que à mon sens, le ZERO SUCRE, c'est trop de frustration ».

M4 : « Je ne peux pas partir sur un régime trop strict du départ, parce qu'ils ne vont pas le tenir ».

En ayant interrogé leurs patients sur leurs habitudes, ils pouvaient ainsi mieux adapter leurs conseils.

M1 : « Va pouvoir modifier [...] dans leurs habitudes alimentaires »

M5 : (en parlant des sodas) « Quand ils poussent des hurlements, je leur conseille de prendre du light ».

De même, les praticiens tentaient de s'adapter au rythme de vie et de travail des patients.

M1 : « J'essaie toujours de coller à leurs façons de vivre ».

M1 : « Il y a des gens qui me disent : « Moi, je ne prends jamais de petit-déjeuner, parce que [...] je me lève à 5h. [...] En temps qu'aide-soignante, avec l'équipe, on coupe il est 8h30.

- Eh bien prenez votre petit-déjeuner à 8h30 et non à 5h. [...] On va adapter. »

4.3) Garder la notion de plaisir

Les généralistes soulignaient l'importance de maintenir le plaisir dans le quotidien de leurs patients, pour faciliter ce dernier et leur permettre de mieux vivre avec leur maladie.

M1 : « Je leur dis quand même : « évidemment, vous êtes invité samedi soir, c'est l'apéritif, on vous propose une bière, si cela vous fait plaisir, prenez-là » ».

M4 : « Ils ont le droit de manger de la confiture s'ils en ont envie, mais pas des grosses quantités quoi ».

4.4) Un changement progressif

Ils insistaient aussi sur le besoin d'une mise en place en douceur de ces nouveaux changements. Pour essayer de modifier efficacement et pour longtemps, le quotidien de leurs patients.

M1 : « Modifier, petit à petit. [...] Et pas tout changer d'un coup. On ne peut pas tout changer d'un coup ».

M5 : « Je ne suis pas quelqu'un qui impose du jour au lendemain, comme ça ».

4.5) Une équipe

Les soignants et les malades formaient une réelle équipe qui travaillait pour le bien-être du patient.

M2 : (lorsqu'il s'adresse au patient) « Et je lui dis : « On peut, peut-être, trouver des solutions ensemble ? [...] Là, peut-être, qu'il y a une erreur, est-ce-que vous pensez que c'est envisageable de faire autrement ? » »

Dans ce binôme ainsi formé, les médecins valorisaient la démarche de soin du patient. Ils le mettaient au centre de la prise en charge : le patient devenait acteur de sa santé.

M2 : « Je lui propose, pour que la solution vienne de lui, et qu'il comprenne pourquoi il le fait ».

M7 : « Je laisse beaucoup d'initiatives à mes patients. Je préfère mieux positionner, mieux leur expliquer les tenants et les aboutissants ».

4.6) Une technique de communication

Certains médecins parlaient de « technique de communication ». Ils essayaient de privilégier des questions ouvertes par exemple, pour inciter le patient à se confier.

M9 : « Les techniques de communication, il faut les utiliser à ce moment-là. Les questions ouvertes, les reformulations plutôt positives ».

Aussi, certains médecins ont évoqué l'éventualité d'un diabète. Ils sont restés dans l'évocation sans « apposer l'étiquette » de diabétique à leurs patients.

M1 : « J'évoque la possibilité d'un éventuel diabète, je sème déjà une petite graine en disant : « Voilà, si le deuxième dosage était supérieur à 1,26g/L, vous pourriez être diabétique » ».

M5 : « Que ça évoque un diabète »

De plus, les médecins ont délivré l'information au fur et à mesure de la consultation et des rendez-vous suivants.

M1 : « Et je ne donne pas toutes les informations au premier rendez-vous. [...] Pour pas tout leur lancer d'un coup. [...] Donc moi, j'y vais au fur et à mesure des semaines ».

Ils ont également répété les informations. Ils s'assuraient ainsi que les malades aient compris la pathologie, ses conséquences et les conduites à tenir pour l'équilibrer au mieux.

M9 : « Après il faut y revenir, consultation par consultation ».

M12 : « Refaire le point. [...] Voir s'il a retenu le message et s'il a mis les choses en application ».

M13 : « Ça nécessite d'être dit et répété à chaque consultation ».

Enfin les praticiens essayaient de mettre en lumière les résultats obtenus par leurs patients, atteints grâce à leur détermination. En les valorisant, les médecins les encourageaient à poursuivre leurs efforts.

M1 : « Et alors surtout quand je les revois avec les glycémies à jeun futures, et les HbA1c futures, je les valorise en leur disant : « Vous voyez, ce chiffre-là, il a baissé grâce à vos efforts. Ce ne sont pas les médicaments uniquement, ce sont vos efforts qui ont fait baisser ce chiffre ».

M4 : « On voit, quand ils viennent, en étant content qu'on les félicite ».

5) Les réseaux de l'Education Nutritionnelle

5.1) Le diabétologue et le médecin nutritionniste

Les médecins ont contacté le diabétologue pour les patients difficiles et/ou polyopathologiques, pour lesquels ils souhaitaient un avis spécialisé. Mais leurs délais de rendez-vous étaient très longs.

M1 : « Je me débrouille, des choses simples, mais lorsque cela dépasse mes compétences, oui j'appelle la diabétologue ».

M3 « Mais il y en a que j'envoie chez le diabétologue parce qu'ils sont difficiles ».

M5 : « C'est très long, c'est très long ».

Certains adressaient au médecin nutritionniste hospitalier, qui leur semblait plus accessible.

M9 : « On peut adresser à un médecin nutritionniste [...] qui est quand même d'accès plus facile ».

Lorsque le patient apparaissait déséquilibré et qu'une prise en charge spécialisée était requise rapidement, le médecin adressait son patient en diabétologie, en hospitalisation conventionnelle ou en hôpital de jour.

M1 : « Là je prends le téléphone, et j'appelle la diabétologue pour qu'elle puisse la voir en hôpital de jour ou en hospitalisation, pour mettre en route le traitement ».

M10 : « quand c'est vraiment catastrophique [...] s'il faut un passage sous insuline, et que c'est compliqué... ».

5.2) La diététicienne

Certains médecins ont orienté vers la diététicienne, d'autres non. Ces derniers le justifiaient par le fait que la consultation restait chère et non prise en charge.

M1 : « Le coût est un frein. Et ça dépend de la population ».

M4 : « Après le frein, c'est que cela n'est pas remboursé ».

Ceux faisant appel, le faisaient en deuxième intention, si les patients n'adhéraient pas à leurs conseils.

M3 : « Diététicienne, cela peut arriver. Quand il y a vraiment une difficulté du patient, c'est patient dépendant encore une fois ».

M4 : (en parlant de la diététicienne) « S'il n'est pas équilibré, si cela ne va pas, c'est vrai que l'on va avoir tendance à l'orienter vers cela ».

Pourtant, les praticiens nous rapportaient que ce suivi avec une diététicienne était intéressant. Car cela offrait un « coaching nutritionnel au patient », avec une durée plus longue dédiée aux seuls conseils diététiques.

M3 : « Si je vois que ça peut les aider, je peux le faire d'emblée, parce que je sens que le patient ne va pas suivre. Et qu'il a besoin d'être coaché ».

M4 : « 30 à 45 minutes de consultation, consacrées uniquement à la diététique. C'est quand même plus ciblé ».

Selon eux, ils orienteraient plus facilement si ce bilan diététique était pris en charge par l'Assurance Maladie.

M5 : « Pour que la diététicienne, qui n'est pas remboursée, soit dans le réseau, pour que cela soit donc pris en charge pour le patient ».

M9 : « Des financements. Par exemple, pour avoir accès, plus facilement, à une diététicienne ».

5.3) L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Pour certains praticiens, le programme d'ETP n'était pas connu, ou depuis peu.

M1 : « On avait reçu un flyer au cabinet nous présentant l'activité de l'hôpital de Seclin, il y a 9 mois environ ».

M3 : « Je n'ai pas trop tendance à utiliser cela, je n'en connais pas dans mon secteur en plus ».

Alors que certains médecins interrogés appartenaient à ces réseaux.

M4 : « On a commencé l'année dernière en 2018 ».

M12 : « On fait de l'ETP deux fois par an ».

Les médecins ont inscrit leurs patients à l'un de ces réseaux, souvent directement ou en les adressant via un courrier.

M1 : « Je lui ai donné les coordonnées, elle a téléphoné, et avec mon petit courrier, elle a été reçue en ETP ».

M5 : « Au sein du cabinet, en fait, on est une dizaine [...] de thérapeutes. Chacun dépiste [...] des gens qui seraient intéressés. On leur propose, et s'ils sont d'accord, ils signent un petit papier, et puis ils viennent à nos ateliers quoi ».

L'avantage principal de ce programme, auquel la majorité des médecins croyait, était surtout d'offrir un accompagnement aux patients.

M1 : « Alors que dans l'ETP je suis convaincue ».

M4 : « C'est plus une évaluation. Il y a un bilan éducatif au départ, avec [...] des objectifs, qu'on a décidé avec le patient. Et on essaye de voir à la fin du programme s'il les a atteints. [...] On voit s'il a progressé ».

L'ETP était vue comme un accompagnement par une équipe multidisciplinaire, pris en charge pour les malades.

M5 : « En fait, les gens viennent, eux ne déboursent pas un euro ».

M12 : « Tous les praticiens, médecins, non médecins de la maison médicale, participent aux ateliers ».

De plus, le programme était apprécié de ces derniers.

M1 : « Et cela s'est super bien passé, vraiment, elle était très très contente de la prise en charge nutritionnelle et de l'accompagnement ».

M5 : « Et ça les gens sont assez contents, c'est sympa ».

5.4) Le réseau SOPHIA de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

La plupart des médecins ont désigné SOPHIA comme un réseau indépendant, qui contactait le patient par téléphone.

M1 : « Les patients sont automatiquement contactés à partir du moment où je fais la demande d'ALD pour le diabète type 2, ils sont contactés dans les 6 mois ».

M2 : « sollicités par le service SOPHIA de la CPAM. Et après, pour tout cela, ça nous échappe complètement ».

Selon quelques médecins, le réseau SOPHIA apparaissait plus comme un « assureur » (la CPAM) et non comme un système de soins. Ils avaient l'impression d'être évalués par la CPAM.

M1 : « Et en plus, c'est un jugement indirect de notre activité ».

M3 : « c'est le diabète traité par la SECU et que ce n'est pas son travail, donc ».

6) Supports de L'éducation nutritionnelle

6.1) Les supports des médecins généralistes

➤ **Leurs connaissances et expériences personnelles**

Les médecins interrogés se sont basés sur leurs connaissances issues de leurs études, parfois lointaines, et de leurs pratiques.

M1 : « Je pense que ce sont mes données personnelles qui me font donner des conseils au patient ».

M2 : « Oui en temps qu'étudiant, et après, ce que j'ai glané, au cours de mes lectures... ».

M12 : « Ce que je trouve, ce que je pioche, ce que je vois avec les internes, d'intéressant ».

Ils se basaient également sur les recommandations officielles.

M10 : « site de la HAS ».

M12 : « Les recos (recommandations) de VIDAL RECOS® ».

De même, les formations de diabétologie et de nutrition leur permettaient d'optimiser leur prise en charge.

M4 : « Les formations où je suis allé ».

➤ **Les fiches données par les laboratoires pharmaceutiques**

Les laboratoires contribuaient aussi aux supports des médecins interrogés, lorsque ceux-ci leur laissaient des fiches ou des brochures.

M1 : « Alors lorsque j'ai des informations délivrées par des laboratoires, je peux avoir des petites fiches récapitulatives ».

➤ **Les revues médicales reconnues**

Les revues médicales constituaient également un support important pour la formation des généralistes.

M3 : « Après en support, je lis énormément la presse médicale. J'ai trois revues. J'ai LE QUOTIDIEN DU MEDECIN®, LE GENERALISTE® et EGORA®. Je me base sur ces revues aussi ».

M8 : « REVUE DU PRATICIEN® et PRESCRIRE® ».

➤ **Un ensemble de supports pour créer leur propre document**

Les praticiens essayaient de faire une synthèse des différents supports cités précédemment. Grâce à cela ils élaboraient des fiches de diététique et de conseils à destination du patient .(cf. annexe 1)

M8 : « J'ai fait des fiches pour des patients ».

M9 : « Fait des ordonnances types, des fiches de régime ».

6.2) Les supports des patients

Les médecins remarquaient qu'Internet était le support principal des patients, avant les livres et autres revues de santé. Devant la multitude de sites, les médecins tentaient d'orienter leurs patients vers des sites officiels.

M2 : « S'il est en demande, je pense qu'il le fera lui-même sur internet, ce travail de recherche ».

M13 : « Leur donner des adresses, des sites où ils pourraient se renseigner ».

7) Le médecin généraliste en demande de supports

Les médecins interrogés ont émis le souhait d'avoir plus de supports à disposition.

M1 : « Je n'ai aucun support, je le regrette. [...] Je serais en demande. J'aimerais bien avoir un petit guide mais je ne suis pas équipée ».

M2 : (en parlant d'une demande de supports) :« Mais je ne demande pas mieux ».

7.1) Conditions d'utilisation de ces supports

Les praticiens voulaient des supports intuitifs, non chronophages.

M1 : « Oui, si cela ne prend pas trop de temps et que c'est intuitif ».

M2 : « Qui soit facilement accessible [...] pour trouver le bon endroit pour imprimer le truc ».

M11 : « Il faut que cela soit simple ».

Et si ces supports pouvaient inclure des fiches informatives à destination des patients, les praticiens apprécieraient d'autant plus.

M12 : « Tirer des infos, et puis les remettre au patient ».

7.2) Types de supports demandés

➤ Applications et sites internet

Les médecins évoquaient des sites internet et applications dédiés au diabète et à l'éducation nutritionnelle du diabétique.

M1 : « Exactement, des applications et sites équivalents de GESTACLIC® ou THROMBOCLIC®, mais version NUTRI-DIABETE ».

M12 : « Ou alors un autre site [...] qui serait à créer. NUTRITIONCLIC ? »

Les médecins évoquaient autant des applications pour le patient que pour eux-mêmes.

L'application à destination du patient pouvait le guider dans son quotidien.

M7 : « Une application comme cela, pour le patient, il faut du coaching ».

M12 : « Pour moi, mais aussi pour le patient ».

➤ **Fascicules dédiés aux patients**

La plupart des soignants désiraient des fiches imprimées pour les patients et accessibles à tout instant.

M5 : « Je ne sais pas si on les a encore, une série de bouquins. [...] Mais c'est vieux. LA SANTE DANS L'ASSIETTE®. Il y en avait pour les diabétiques et tout. [...] Mais c'était pas mal. Les gens aimaient beaucoup ».

M10 : « Avoir accès à des fiches toutes faites de nutrition ».

➤ **Amélioration des réseaux**

Certains médecins ont proposé une amélioration des réseaux existants.

Un médecin a évoqué l'organisation de nouveaux réseaux de prise en charge pour les maladies chroniques, en cours de développement : Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé).

M9 : « Ça va revenir sous une autre forme. Parce qu'avec les CPTS dont on parle, avec la nouvelle loi santé, et aussi à travers la convention que les syndicats ont signée, on va avoir des parcours de soins pour les pathologies chroniques à remettre en place ».

IV DISCUSSION

1) Les forces et limites de l'étude

1.1) Les forces de l'étude

La méthode qualitative est choisie pour cette étude afin de mieux décrire les pratiques des différents médecins interrogés et de mettre en valeur les éléments d'amélioration potentiels.

Cette méthode est pertinente pour comprendre et décrire des phénomènes tels que les pratiques des acteurs de santé et leur ressenti (15).

Ce travail de thèse qualitative semble être un des seuls récents abordant l'éducation nutritionnelle du point de vue des médecins généralistes. En effet sur les cinq dernières années, seule la thèse qualitative de Sophie Azembourg de 2015 s'intéressait au rôle du médecin généraliste dans l'éducation nutritionnelle du patient diabétique de type 2 (16).

L'échantillonnage a été obtenu, selon les lignes directives COREQ (17), par effet boule-de-neige, et en recherche de variation maximale des caractéristiques des praticiens interviewés (âge, sexe, secteur d'activité, type d'exercice).

L'étude a été poursuivie au-delà de la suffisance des données, qui est obtenue lorsque leur recueil et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à l'étude en cours. Cette suffisance des données a été atteinte lors du onzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

Un double codage a été réalisé avec une autre interne en médecine générale afin d'obtenir une analyse plus objective des données.

L'utilisation d'un logiciel de codage a permis de renforcer la méthodologie de notre étude qualitative, selon la liste de contrôle COREQ (17).

1.2) Les limites de l'étude

Un biais de recrutement est probable, par la présence de maîtres de stage universitaires dans notre échantillon. Il est possible que ce statut favorise la participation de ces médecins à des travaux de thèse et de recherche. Ce biais semble cependant limité. De plus, le statut des médecins n'a pas été déterminant dans la sélection de l'échantillon.

Il existe également un biais de sélection, puisque les médecins interrogés ont consenti à répondre à l'entretien. Ils sont donc possiblement dans une dynamique de perfectionnement.

L'adhésion des médecins a un service d'ETP peut avoir influencé leurs réponses. En effet, ils ont bénéficié d'une formation par l'ARS que les autres n'ont pas suivie.

De plus, il existe probablement un biais déclaratif puisque les médecins interrogés ont pu vouloir paraître performant, en déclarant ce qu'ils devraient faire et non ce qu'ils pratiquaient.

Une sous-déclaration peut aussi avoir eu lieu, en cas d'oubli de la part du médecin ou en cas de question mal interprétée. Cependant ce biais est compensé par l'anonymat des interviews.

Un des risques de l'étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés est l'orientation du dialogue ou son interprétation selon les opinions personnelles de l'enquêteur.

En effet, ce type d'entretien dans le cadre d'une thèse requiert une formation supplémentaire que nous n'avons pas lors de nos études médicales.

L'ensemble des éléments non verbaux est délicat à retranscrire. Cela participe à une perte de données supplémentaires, pourtant nécessaires pour l'analyse.

2) Analyse des résultats

Comme le rappelle la HAS en 2014, la mise en place de mesures hygiéno-diététiques efficaces est un préalable nécessaire au traitement médicamenteux du diabète. Elle doit être poursuivie tout au long de la prise en charge. Cette éducation thérapeutique est indispensable à la prise en charge des patients diabétiques de type 2 (12).

Dans leur méta-analyse regroupant plus de 50 études, Neuenschwander & Al. mettent en évidence le rôle majeur de l'alimentation dans le développement et par conséquent dans la prévention de la maladie (18).

Dans leur rapport de 2013, les Professeurs Hercberg et Basdevant affirment que la nutrition joue un rôle fondamental dans la prise en charge médicale des maladies chroniques et qu'elle constitue à la fois « un élément thérapeutique » et « un facteur pronostique » (19).

J.-L. Schlienger souligne également dans sa revue de littérature que ces règles sont un traitement à part entière du diabète de type 2 (20).

William C. Knowler & Al. renchérissent avec leur essai clinique qui conclut que l'intervention sur le mode de vie est significativement plus efficace que l'utilisation de METFORMINE. En effet, ils remarquent que la modification du mode de vie a réduit l'incidence du diabète de 58% et la METFORMINE de 31%, par rapport au placebo (21).

2.1) Définition de l'éducation nutritionnelle

Les médecins expliquaient à leurs patients qu'il y avait des aliments à privilégier, d'autres à éviter.

Ceci est en accord avec la HAS et la SFD. En effet, celles-ci recommandent en 2014 que « *la quantité de lipides des aliments est à contrôler, notamment les corps gras, les viandes dites « grasses », la charcuterie, les fromages gras, les fruits oléagineux, ainsi que tous les produits de paneterie et de biscuiterie sucrée et salée* » (12)(11).

Ces recommandations sont appuyées par Guasch-Ferré &Al. Ceux-ci constatent que la consommation de graisses saturées et animales, ainsi que la consommation de fromage et de beurre est associée à un surrisque de diabète de type 2 (22).

De même, dans ses directives de 2019, la Fédération Internationale du Diabète (FID) préconise le régime méditerranéen pour tous les patients atteints de diabète et de prédiabète (23).

Ces recommandations sont appuyées par plusieurs méta-analyses.

Celle de Uusitupa & Al. conclut que la prévention du diabète, à long terme, repose entre autres, sur des changements alimentaires durables basés sur les recommandations actuelles et sur le régime méditerranéen (24).

Dans celle de Koloherou & Al. réunissant au total plus de 136 000 participants, les auteurs démontrent également que l'adoption du régime méditerranéen est associée à une diminution de 23% du risque de développer la maladie (25).

Ce régime constitue donc un choix nutritionnel bénéfique pour la prévention primaire du diabète.

Par la suite, les praticiens évoquaient la qualité nutritionnelle des aliments. Cependant, est-ce que cela était bien compris des malades ?

Cette notion a longtemps été floue pour les consommateurs que sont les patients, en regard de l'offre actuelle, considérable.

Vis-à-vis de cette perte de repère, un rapport a été demandé par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour orienter les consommateurs, en demande.

Ce rapport de 2013, rédigé par les Professeurs Hercberg et Basdevant, vise à aider le client dans ses choix de consommation, en créant notamment la notion « d'échelle de qualité nutritionnelle ». Il s'agit d'un nouvel étiquetage des aliments pour informer rapidement et concrètement le consommateur quant à la qualité nutritionnelle du produit qu'il s'apprête à consommer, inscrit sur la face avant des emballages (19).

Le NUTRI-SCORE est finalement apparu en 2016 en France, puis dans de nombreux pays.

2.2) La mise en place de l'éducation nutritionnelle :

➤ Quand l'évoquer ?

Dans notre étude, les médecins l'évoquaient dès le début, et pour la plupart, à chaque consultation.

La SFD recommande, dès le début ainsi qu'à chaque étape de la maladie, d'accompagner le patient dans l'adoption de mesures hygiéno-diététiques adaptées.

Dès le diagnostic et à chaque changement et/ou intensification thérapeutique, elle préconise d'évaluer la participation du patient à sa maladie, les mesures mises en place, et de les ajuster si besoin (26).

➤ Les facilités de l'éducation nutritionnelle

○ Une motivation du patient

La SFD approuve l'importance de la motivation du patient dans le processus de changement de son comportement alimentaire (11).

○ Un entourage aidant

Dans l'étude DAWN2™ de 2013, médecins, patients et entourage des patients ont été interrogés. Cette étude retrouve, comme dans ce travail, l'importance de l'intégration de l'entourage du patient. Les auteurs remarquent que 39,4% des répondants souhaitent participer davantage aux soins de leur parent diabétique (27).

Cet entourage apparait comme un maillon nécessaire à son suivi à long terme. Il est donc primordial dans l'efficacité de cette éducation (28).

De plus, l'étude multicentrique note que 74% de cet entourage est admiratif de la façon dont le patient vit avec sa maladie. 63% estime également que cela a eu une influence bénéfique sur leur hygiène de vie (29).

LA FID rappelait également en 2018 que les familles ont un rôle clé à jouer dans cette maladie. Et plus précisément dans la lutte contre les facteurs de risque modifiables du diabète de type 2. Pour ce fait, elles doivent recevoir l'éducation, les ressources et l'environnement pour mener une vie saine (30).

➤ **Les difficultés**

Les chiffres de l'Etude ENTRED de 2007-2010 (31), publiés de nouveau sur « santepubliquefrance.fr » en avril 2019 (32), objectivent les obstacles de notre étude.

En effet, des freins tels que le manque de temps pour cette éducation (76% des médecins) et le manque d'adhésion des patients aux règles hygiéno-diététiques (65%) sont retrouvés.

Ce dernier est illustré par un refus de compréhension du patient (35%) et une réticence à adhérer à l'éducation (33%).

A l'international, Kolasa & Rickett retrouvent également que ce manque de temps est un frein majeur à cette éducation nutritionnelle. Dans une moindre mesure, le manque de compensation financière et de ressources constitue aussi un obstacle (33).

Ceci n'a pas été abordé par les médecins lors de nos entretiens.

Dans notre étude, les praticiens ont également cité comme obstacle possible le manque de clarté dans leur discours.

Fischer & Tarquinio retrouvent que près de 60% du discours est inintelligible pour le patient lorsque les propos du médecin ne sont pas clairs. De plus, sur les 40% de l'énoncé semblant donc compris, seulement 40% seront retenus par le patient (34).

Le niveau socio-économique pouvait aussi représenter un obstacle selon les médecins.

Sur le site « mangerbouger.fr », accessible à tous publics, le Programme National de Nutrition Santé explique que manger équilibré ne coûte pas forcément plus cher.

Il utilise des slogans «coup de poing» tels que « *Manger mieux en dépensant moins, c'est possible !* » ; « *Bien manger sans se ruiner* » et « *Nos astuces pour bien manger avec un petit budget* » (35).

Cependant, dans son rapport d'expertise de 2014, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) note qu'il faut un budget minimal de 3,5€/pers/jour pour assurer une qualité nutritionnelle.

De plus, il constate qu'il existe une relation positive entre la qualité nutritionnelle d'un produit et son prix : une calorie de fruits/légumes coûterait donc en moyenne cinq fois plus chère qu'une calorie de tous les autres aliments (36).

De même, le statut et l'ensemble des caractéristiques du patient pouvaient être vus comme un obstacle à cette éducation alimentaire optimale. En effet, ce rééquilibrage peut plus ou moins être difficile à mettre en place en fonction de l'environnement et des spécificités de chaque malade. Ainsi, l'adaptation peut paraître plus compliqué selon : le travail, l'âge, le niveau intellectuel ou un milieu socio-économique défavorisé (37).

L'entourage du patient était présenté en tant que facilité ou en tant qu'obstacle.

Cette ambivalence est aussi présente dans l'étude DAWN2™. En effet, celle-ci retrouve en facilité l'importance du soutien de l'entourage. A contrario, soutenir un parent diabétique est perçu comme un fardeau par 35,3% (entre 10,6% et 61,7% selon les pays) des répondants.

A cela s'ajoute que plus d'un tiers des répondants (37,1%) ne savent pas comment aider la personne atteinte de diabète (38).

2. 3) Les techniques

➤ **Comprendre le patient**

○ **Comprendre ses perceptions de la maladie**

Les médecins rapportaient que pour certains patients, l'annonce du diabète était vécue comme un réel traumatisme.

Ces perceptions et sentiments négatifs envers la maladie sont retrouvés dans l'étude française DIABASIS de 2008 (39) ainsi que dans l'étude de Consoli & Al. (40).

La première objective que les patients étaient inquiets (30%), effrayés (13%) voire révoltés (4%) lors de l'annonce.

La deuxième retrouve ces mêmes ressentis négatifs, avec notamment de l'angoisse (chez 22% des patients), de la résignation (39%), un sentiment de contrainte, de restriction et de frustration alimentaire (46%).

- **Interroger sur ses habitudes alimentaires**

La HAS recommande en 2014 d'évaluer les représentations et habitudes alimentaires du patient pour obtenir une modification efficace de celles-ci.

Le bilan nutritionnel est basé sur l'interrogatoire des prises alimentaires des 24 dernières heures, ou au mieux, sur un journal alimentaire d'une semaine (41)(12).

S'adapter au patient

La SFD préconise que les changements des règles hygiéno-diététiques doivent être décidés avec le patient, selon des « *objectifs spécifiques et réalistes* » (26).

Le Guide de la HAS de 2014 recommande également d'adopter des conseils personnalisés au patient, d'évaluer ses représentations et ses possibilités (41).

Inzucchi & Al. insistent également sur la nécessité de la personnalisation des soins (42).

Quant à Lager & Al., ils rappellent que le soignant devient un soignant-éducateur qui écoute le patient et s'adapte à lui. Pour ainsi favoriser son apprentissage et sa motivation (43).

Ces données sont également soulignées par Evert & Al. qui rapportent qu'il n'y a pas de plan de repas ou de régime alimentaire standard qui fonctionne. En effet, selon les auteurs, la thérapie nutritionnelle doit être individualisée à chaque patient, et ce en fonction de ses objectifs de santé, mais aussi de ses préférences personnelles et culturelles (44).

➤ **Une équipe patient-médecin**

La SFD recommande « *une approche centrée sur le patient* » qui implique une décision partagée et acceptée, aussi bien par le médecin que par le patient (26).

De même, la HAS approuve le fait que « *s'accorder avec le patient sur l'adoption de nouveaux comportements alimentaires* » est une étape de cette éducation nutritionnelle.

Le patient et le médecin sont en effet invités à coopérer (41).

Inzucchi & Al. insistent également sur cette notion d'équipe. De plus, ils soulignent que les soignants doivent encourager le patient à adhérer à cette éducation.

Cette idée d'accompagnement est également soulignée par Brigitte Sandrin-Berthon, médecin de santé publique, directrice de l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET).

Elle préconise que le soignant n'adopte plus ou pas « *une posture d'expert qui impose* », mais plutôt un comportement de « *partenaire qui invite* » le patient à prendre soin de lui (45).

Le patient devient acteur de sa santé.

➤ **Des techniques de communication**

Certains praticiens parlaient d'une « *réelle technique de communication* », basée par exemple sur des questions ouvertes, pour aider le patient dans son parcours.

Ces techniques sont promues par la SFD qui recommande en 2014 ce type d'entretien motivationnel. Selon celle-ci, il permet de diminuer les résistances au changement et d'amener le patient à se motiver (11).

Pour rappel, le concept « d'entretien motivationnel » a vu le jour grâce à Miller & Rollnick dans les années 1980, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Ces psychologues le définissent comme « *une méthode de communication, à la fois directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* ».

En effet, dans leur méthode, ils n'imposent pas au sujet. Pour eux, « *aucun changement n'intervient s'il n'est pas dans l'intérêt du patient* ». Ils favorisent un changement qui est en cohérence avec les valeurs et les préoccupations personnelles du patient (46).

LA SFD préconise, en plus de ces questions ouvertes et entretiens motivationnels, de reformuler les propos des deux parties, d'adopter une écoute active et une attitude empathique. Elle favorise ainsi « *une posture éducative pour établir et entretenir une relation bienveillante et de confiance avec le patient* » (11).

Dans leur article, Kahan & Manson renchérissent également. Ils rapportent que ce type de techniques est important pour perfectionner cette éducation nutritionnelle, à laquelle on doit dédier plus de temps en consultation.

Ils préconisent de structurer l'entretien, en utilisant « *des méthodes comme les « 5 A » (Assess / Evaluer, Advise / Conseiller, Agree / Accepter, Assist / Aider, Arrange / Organiser)* » et l'entrevue motivationnelle.

En effet, cette dernière technique semble plus efficace pour impliquer les patients encore indécis (47).

Rappelons que cette méthode dite des « 5A » a été initialement créée par le National Cancer Institute (NCI) et le National Institutes of Health (NIH) pour aider à arrêter de fumer.

Elle « est fondée sur un conseil professionnel destiné à modifier le comportement du patient ». Elle comprend « quelques messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adaptés aux stades de motivation pour l'arrêt du tabac ». Cette méthode est recommandée dans de nombreux pays tels que les Etats-Unis, l'Australie et le Canada (48).

Ce modèle a ensuite été adapté à de nombreux comportements, en plus du sevrage tabagique. Il peut être mis en œuvre en quelques minutes au cabinet, ce qui permet de l'intégrer dans de nombreuses consultations médicales(49).

En 2014, la HAS préconise également de réévaluer l'application des mesures hygiéno-diététiques et de les rappeler si besoin (12).

Ce qu'ont fait les médecins de notre étude, en répétant l'information au fur et à mesure des consultations.

2.4) Les réseaux utilisés

➤ Le diabétologue, la diététicienne

Le recours à la diététicienne était non systématique, comme dans l'Etude ENTRED 2007-2010 qui retrouve que seulement 20% des diabétiques avaient bénéficié d'une consultation de diététique (50).

De plus, comme le recommande la HAS, « en cas de difficulté sur la définition de l'objectif glycémique, un avis spécialisé (endocrinologue, gériatre...) devrait être demandé » (12).

Ce qu'ont fait les médecins dans notre étude pour les patients qu'ils jugeaient difficiles à équilibrer, en sollicitant le diabétologue ou le médecin nutritionniste.

L'Etude ENTRED 2007-2010 retrouve que seulement 12% des diabétiques avaient bénéficié d'une consultation avec un spécialiste libéral dans les 2 ans. Elle retrouve aussi que 84% des diabétiques sont suivis uniquement par leur médecin traitant (50).

➤ **L'ETP**

Le recours au programme de l'ETP était encore peu présent car méconnu de certains médecins. Pourtant il constitue un réseau de choix dans la prise en charge multidisciplinaire adaptée au patient sur la majorité du territoire (51).

En effet, l'ARS recensait en 2019, plus de 25 programmes dans le Pas-de-Calais, et plus de 40 dans le Nord (52).

Dans son guide de 2014, la HAS rappelle que l'ETP fait partie intégrante du parcours de soins du diabète de type 2. Elle peut être proposée dès la découverte de la maladie, en accord avec le patient et selon ses besoins éducatifs.

Selon la HAS, « *elle vise à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences lui permettant de gérer sa maladie, de réaliser lui-même les gestes liés aux soins, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à sa situation* » (41).

En 2018, dans son dernier rapport d'évaluation d'efficience de l'ETP dans les maladies chroniques, la HAS rapportait que les réseaux d'ETP étaient de plus en plus présents sur le territoire, mais surtout en milieu hospitalier, avec moins de 20% de ces réseaux établis en structure de ville.

Cependant ce pourcentage était amélioré dans les départements du Nord et du Pas de Calais, avec des ETP en structure de ville représentant plus de 30% de l'offre (53).

Une meilleure visibilité de cette offre en ETP serait une piste pour améliorer leur promotion en soins primaires.

La France a encore des progrès à faire concernant ces programmes éducatifs, comme le témoigne l'étude DAWN2™. En effet, celle-ci retrouve que seulement 47,3% des répondants diabétiques français ont suivi un programme éducatif. Alors que sur l'ensemble des 17 pays ayant participé à l'étude, ce chiffre augmente à 58,6% des participants. La France était douzième sur les 17 pays concernés (29).

L'étude objective aussi que ce programme est apprécié et jugé utile par 72,1% des participants (27). Ce qui a été également rapporté par les médecins de notre étude.

Concernant les freins à sa mise en œuvre, de manière globale, les patients et soignants français (environ 60% de ces derniers) considèrent que l'organisation des soins en ETP est à améliorer, du point de vue de la communication et de la coordination.

De même, les praticiens libéraux rapportent que le manque de temps et de valorisation de ces démarches éducatives freinent leur mise en place (29).

Dans leur étude, Böhme & Al. détaillent les obstacles au déploiement de cette ETP.

Ils rappellent que les réseaux sont de plus en plus structurés et que leur intérêt est validé par l'enseignement et la recherche. Cependant, leur déploiement reste insuffisant, notamment en libéral, pour couvrir les besoins des patients.

Les difficultés sont multiples : une formation requise des acteurs, une visibilité insuffisante des offres disponibles, une difficulté à organiser et à coordonner les acteurs et les actions collectives et multidisciplinaires, peu de modèles et peu de sources de financement, un besoin d'outils intégrant les dernières technologies comme internet et les réseaux sociaux (54).

➤ **SOPHIA**

Le réseau SOPHIA, créé en 2008, était peu abordé par les médecins généralistes. Pourtant, celui-ci permet d'accompagner les patients porteurs de maladies chroniques, comme le diabète, et de les aider dans la gestion de leur maladie. Avec l'appui d'un infirmier-conseiller en santé qui contacte par téléphone les patients, qui les écoute, qui les aide à mieux connaître leur pathologie et ce que cela implique. Il les aide aussi à ajuster leurs habitudes pour tenter d'améliorer leur qualité de vie.

SOPHIA permet également aux patients d'avoir accès à des informations fiables sur la maladie : par l'envoi de quatre journaux « SOPHIA ET VOUS » et des « LIVRETS REPERES ». Le site se définit également comme un réel site de coaching en ligne disponible à tout instant pour le patient (55).

Le programme SOPHIA, s'inspirant des principes du « Disease Management », consiste donc à renforcer l'implication et la responsabilisation des assurés diabétiques dans la gestion et la maîtrise de leur maladie (56).

Rappelons que le Disease Management, est « *un concept naît aux Etats-Unis. Il s'agit d'un système d'interventions et de communications coordonnées en matière de soins de santé pour les populations souffrant d'affections dans lesquelles les efforts d'autonomisation des patients sont importants* ». Il favorise la prévention, la relation soignant/soigné ainsi que le conseil et l'éducation des patients (57).

2.5) Les supports utilisés et demandés

➤ **Les supports des médecins**

Les médecins rencontrés dans notre étude rapportaient utiliser leurs connaissances et leur Formation Médicale Continue (FMC).

Dans leur étude, Bourit & Drahi rapportent que les connaissances des médecins généralistes semblent incomplètes en ce qui concerne l'éducation thérapeutique des patients, et par conséquent l'éducation nutritionnelle. Les praticiens ont le savoir, mais peuvent présenter des lacunes en « savoir-faire » et « savoir-être », pourtant indispensables à cette éducation.

Les auteurs concluent à la nécessité d'améliorer la formation universitaire et la FMC à ce sujet (58).

En regard de cela, les soignants rencontrés souhaitaient d'autres supports, adaptés à ce type d'éducation. Des supports intuitifs, prenant peu de temps sur ce moment de consultation, souvent limité.

L'Etude ENTRED 2007-2010 rapporte, comme dans notre étude, que les médecins désirent se former davantage à cette approche d'éducation.

Ils souhaitent disposer de supports d'information et d'éducation (40% des médecins généralistes interrogés sont en demande) ainsi que d'outils d'aide à la consultation, pour les patients (28% des généralistes) et pour eux-mêmes (40% des généralistes) (31).

➤ **Les supports des patients**

Selon les médecins de notre étude, la principale source d'information des patients concernant le diabète était internet, bien avant les revues et livres.

Ces données discordent avec l'étude ENTRED 2007-2010. En effet, cette dernière démontre que les patients utilisent davantage les supports écrits (plus de 40% des diabétiques de type 1 ou 2) qu'internet (33% des diabétiques de type 2 contre seulement 9% des diabétiques de type 1) (31).

Ces chiffres datant de 10 ans ont certainement évolué, en regard de la couverture et de l'accessibilité d'internet sur l'ensemble du territoire français. Il est aussi intéressant de remarquer que le recours à internet était moins fréquent chez les patients diabétiques de type 1, pourtant souvent supposés comme plus jeunes, et donc plus « connectés » que les patients diabétiques de type 2.

La nouvelle étude ENTRED initiée en 2019 nous apportera probablement de nouvelles informations concernant les ressources utilisées (59).

En parallèle de la demande des praticiens, les patients et leur entourage sont également en demande de supports selon la même étude. Cela pouvait être une demande de supports papiers (plus de 25% des patients), de programmes éducatifs en ligne (plus de 5%) ou de sites internet (environ 30-40%) (29).

2.6) Les pistes d'amélioration

➤ **Des sites et applications dédiés**

Au fil du temps, des innovations technologiques émergent pour l'ensemble de la communauté.

De nouveaux supports apparaissent, qui font inévitablement partie de l'environnement des soins de santé. Cela peut-être des sites internet plus ou moins interactifs et des applications sur mobiles ou tablettes.

Des sites internet comme « diabétoclic.fr » (60) ou « diabécliv.fr » (61) existent déjà, mais apparemment peu connus des praticiens.

Le premier apparaît davantage comme un outil d'aide au suivi pour le médecin généraliste. Ce site propose d'ailleurs une fiche d'aide diététique simplifiée (cf. annexe 2).

Le second, réalisé par un médecin généraliste et des diabétologues du Centre Hospitalier (CH) de Béthune, est un outil interactif destiné au patient et à son entourage.

Ce dernier conseille également de participer à l'étude COMPaRe de l'APHP (Association Publique des Hôpitaux de Paris) (62).

Il propose de rejoindre cette cohorte qui accueille tous les volontaires atteints de maladies chroniques, comme le diabète, dans le but de faire progresser la recherche.

➤ **D'autres supports numériques**

Certaines méthodes « classiques » d'éducation du diabète ont une efficacité limitée, d'autres pistes de supports doivent donc être explorées.

Dans leur étude, Edson Da Silva & Al. s'intéressent à l'utilisation du podcast (émission de radio ou de télévision qu'un internaute peut télécharger) dans l'éducation du diabète. Celui-ci apparaît comme un support éducatif intéressant et précieux (63).

➤ **Prise en charge de la consultation diététique**

Certains médecins ont rapporté que le recours à une diététicienne, qui a davantage de temps pour développer les conseils nutritionnels adaptés à chaque patient, serait plus systématique si cette consultation était prise en charge. Il rapportait que le coût était souvent un frein pour le patient.

Dans leur méta-analyse, Møller & Al. retrouvent que le recours à une diététicienne, effectuant alors une thérapie individualisée, favorise l'amélioration des paramètres biologiques du patient (LDL-cholestérol et HbA1c). Elle favorise également une perte pondérale, et par conséquent améliore le diabète.

Ils démontrent aussi que cette thérapie individualisée fournit des effets plus importants que les conseils diététiques fournis par les médecins et infirmières (64).

Le remboursement de ce bilan diététique pourrait donc être une piste dans l'amélioration de l'éducation du patient diabétique.

➤ **Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**

Certains médecins ont évoqué les CPTS, financées par l'ARS.

En effet, ces CPTS font partie du nouvel enjeu de santé publique, le plan d'action national « Ma santé 2022 » qui vise à décloisonner et à réorganiser les soins. Parmi les mesures de ce plan d'action, on note le déploiement de 1000 CPTS d'ici 2022 (65).

Ces CPTS regroupent des professionnels d'un même territoire qui souhaitent, à leur initiative, s'organiser autour d'un projet de santé, pour mieux se structurer et se coordonner (66).

Ces CPTS peuvent être une piste. En effet, le développement de ces CPTS permettrait d'améliorer la coordination des soins des patients, de perfectionner la qualité de ces soins, de renforcer la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique (67).

➤ **Améliorer la coopération entre les infirmiers et les médecins**

Dans certaines régions, des dispositifs comme ASALEE (Actions de Santé Libérale En Equipe) ont été mis en place dès 2006. Il permet l'accompagnement d'un patient atteint de maladies chroniques, comme le diabète, par un infirmier qualifié, et ce au sein d'un cabinet médical.

Les ARS soutiennent ces projets, en accord avec la stratégie « Ma Santé 2022 ».

En effet, ce programme a pour but d'améliorer le parcours de soins du patient ainsi que la coopération et la coordination entre les acteurs médicaux et les paramédicaux.

ASALEE permet le dépistage, le suivi, l'éducation (dont l'éducation thérapeutique) et l'accompagnement des ces patients, pour les aider à mieux connaître leurs maladies (68).

Dans leur étude ASALEE, Bourgueil Y & Al. concluent à l'efficacité et à l'efficience du protocole dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques de type 2.

Ils démontrent une amélioration du suivi des patients et de leur HbA1c, et cela sans générer de coûts significatifs (69).

Loussouarn C & Al., dans leur dernier rapport d'évaluation publié en 2019 par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), constatent que ce dispositif semble libérer du temps aux médecins généralistes, de par la délégation de certaines activités aux infirmiers formés (70).

De plus ce programme est apprécié des patients et des praticiens (71).

La répartition des activités entre médicaux et paramédicaux est une piste éventuelle, pour dégager du temps médical au médecin, et ainsi tenter d'optimiser la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Pour tenter de répondre à ce besoin de temps médical, via sa stratégie « Ma Santé 2022 », le gouvernement met également en place la fonction d'assistant médical, qui pourra réaliser des tâches administratives et soignantes.

La « pratique avancée infirmière » répond à ce besoin, en permettant aux infirmiers d'assumer des tâches « *plus poussées* », jusque-là réservées aux médecins (72)(73).

V CONCLUSION

Les règles hygiéno-diététiques sont la pierre angulaire de la prise en charge du diabète de type 2.

Les médecins généralistes abordent l'éducation nutritionnelle dès la découverte de la maladie.

En la définissant simplement par un rééquilibrage alimentaire accessible et universel, en évitant le mot « régime » car à consonnance négative et anxiogène, les médecins tentent de désamorcer les peurs, angoisses et réticences du patient.

Ils établissent et négocient avec lui des propositions diététiques simples afin de le motiver. Bien sûr, ce travail est long et nécessite une formation adaptée qui semble bien comprise par les médecins qui ajustent leurs consultations en durée ou en fréquence, pour un meilleur suivi.

Par ce suivi régulier, par une compréhension qui passe par l'écoute et la reformulation, par un encouragement ainsi qu'une personnalisation des soins, le médecin met le patient au cœur de sa prise en charge. Le patient devient alors acteur de sa santé. Ensemble, ils forment une équipe essentielle à cette prise en charge optimale.

Ce duo doit s'appuyer sur des réseaux :

de soignants (médecins spécialistes, infirmières, diététiciennes), d'associations, d'organismes et de systèmes d'aide et de bonne conduite.

Ainsi que sur des supports qui évoluent avec le temps et la pratique médicale.

Les médecins généralistes apparaissent bien au fait du diabète, des conduites à tenir et du suivi particulier des diabétiques. Leur attitude est cohérente, empathique et de haut niveau.

Cependant les aides extérieures (ETP / CPAM / CPTS / sites dédiés) semblent mal connues et nécessitent d'être enseignées lors de la formation universitaire et poursuivies en Formation Médicale Continue (FMC).

Les médecins généralistes sont en demande de toutes ces aides tant pour eux-mêmes que pour leurs patients.

VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Diabète, principaux repères [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [cité 9 août 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/
2. SFE, Société Française d'Endocrinologie. Poly2016-Item 245 – UE 8 Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications [Internet]. 2016 [cité 9 janvier 2020]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/826/poly2016-item-245-ndash-ue-8-diabete-sucré-de-types-1-et-2-de-l-enfant-et-de-l-adulte-complications>
3. Fédération Française des Diabétiques. Le diabète dans le monde [Internet]. Qu'est-ce que le diabète. [cité 11 février 2020]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/definition-diabete/chiffres-monde>
4. Santé Publique France. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique [Internet]. 2019 [cité 11 février 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/le-poids-du-diabete-en-france-en-2016.-synthese-epidemiologique>
5. Fédération Française des Diabétiques. Les chiffres du diabète en France [Internet]. Qu'est-ce que le diabète. [cité 10 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
6. Ricci P, Blotière P-O, Weill A. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? BEH Bull Epidémiologique Hebd InVS Inst Veille Sanit. 9 nov 2010;(42-43):16.
7. ARS, Hauts-de-France. Diagnostic Territorialisé des Hauts-de-France [Internet]. 2017 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic_part_1_0.pdf
8. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour diabète en 2017 [Internet]. 2019 [cité 4 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Diabete_fiche_2017.pdf
9. France IP de L-. chiffre diabete Ht de france 2016 [Internet]. 2018 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.pasteur-lille.fr/sante/maladies/diabete/>
10. Eschwege E, Basdevant A, Crine A, Moisan C, Charles M-A. Type 2 diabetes mellitus in France in 2012: Results from the ObEpi survey. Diabetes Metab. févr 2015;41(1):55-61.
11. SFD, Société Francophone du Diabète. Référentiel de bonnes pratiques, Nutrition & Diététique, Diabète de type 2 de l'adulte. Médecine Mal Métaboliques Elsevier Masson. mars 2014;8(hors-série 1):84.
12. HAS, Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2014 [cité 11 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
13. FFD, Fédération Française des Diabétiques. Ma consultation chez un diabétologue [Internet]. Mes traitements. 2019 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/traitements/diabetologue>
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):4.
15. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Économique. 2014;LIII(4):67.
16. Azambourg S. Alimentation du patient diabétique de type 2: comment l'aborder en médecine générale? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime [Internet] [thèse d'exercice: médecine]. [Rouen]: Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01300097/document>
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.

18. Neuenschwander M, Ballon A, Weber KS, Norat T, Aune D, Schwingshackl L, et al. Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ*. 3 juill 2019;12368.
19. Hercberg PS. 1ère partie: Mesures concernant la Prévention nutritionnelle. *Rapp Propos Pour Un Nouv Élan Polit Nutr Fr Santé Publique*. 15 nov 2013;128.
20. Schlienger J-L. La prise en charge hygiéno-diététique du diabète de type 2 : première étape de l'itinéraire. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mars 2016;10(2):101-6.
21. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med*. 7 févr 2002;346(6):393-403.
22. Guasch-Ferré M, Becerra-Tomás N, Ruiz-Canela M, Corella D, Schröder H, Estruch R, et al. Total and subtypes of dietary fat intake and risk of type 2 diabetes mellitus in the Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED) study. *Am J Clin Nutr*. mars 2017;105(3):723-35.
23. Nouvelles directives 2019 pour le diabète et la gestion des MCV [Internet]. *Diabetes Voice*. 2019 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://diabetesvoice.org/fr/prendre-soin-du-diabete/nouvelles-directives-2019-pour-le-diabete-et-la-gestion-des-mcv/>
24. Uusitupa M, Khan TA, Vigiouliou E, Kahleova H, Rivellese AA, Hermansen K, et al. Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. nov 2019;11(11):2611.
25. Koloverou E, Esposito K, Giugliano D, Panagiotakos D. The effect of Mediterranean diet on the development of type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of 10 prospective studies and 136,846 participants. *Metabolism*. juill 2014;63(7):903-11.
26. SFD Société Francophone du Diabète. Prise de position de la SFD sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2. Recommandations et référentiels. *Médecine Mal Métaboliques Elsevier Masson*. déc 2019;13(8):22.
27. Kovacs Burns K, Nicolucci A, Holt RIG, Willaing I, Hermanns N, Kalra S, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabet Med*. juill 2013;30(7):778-88.
28. Brunet O. DAWN2TM : le point de vue du médecin généraliste. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2013;7:S50-2.
29. Halimi S, Reach G. Comment a été conduite l'étude DAWN2TM ? Données françaises. Comparaisons avec les autres pays. *Médecine Mal Métaboliques*. déc 2013;7:S5-16.
30. FID Fédération Internationale du Diabète. *Diabetes Voice*. avr 2018;65(1):17-8.
31. Fournier C, Gautier A, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-pudar H, Aujoulat I, et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bull Épidémiologique Hebd*. 10 nov 2009;42-43:460-4.
32. Santé Publique France. Etude Entred 2007-2010 [Internet]. 2019 [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/diabete/etude-entred-2007-2010>
33. Kolasa KM, Rickett K. Barriers to Providing Nutrition Counseling Cited by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. *Nutr Clin Pract*. oct 2010;25(5):502-9.
34. Fischer G-N, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé: Chapitre 4. Stress et santé [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 28 avr 2020]. 280 p. (Psycho Sup). Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DUNOD_FISC_2014_01_0089&download=1
35. Programme National Nutrition Santé. Petits budgets | Manger Bouger [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/Le-Mag/Petits-budgets>
36. Inserm (dir.). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVI-731 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/6522>.

37. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Sante*. 2006;Vol. 24(2):75-103.
38. Kovacs Burns K, Nicolucci A, Holt RIG, Willaing I, Hermanns N, Kalra S, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabet Med*. juill 2013;30(7):778-88.
39. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally M-L, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes Metab*. juin 2009;35(3):220-7.
40. Consoli S-M, Barthélémy L, Idtaleb L, Le Pape G, Fraysse M, Dugardin N, et al. Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale. *Médecine Mal Métaboliques*. juin 2016;10(4):364-75.
41. HAS, Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. Guide Maladie Chronique. 2014 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
42. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centred approach. Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia*. mars 2015;58(3):429-42.
43. Lager G, Haenni Chevalley C, Lasserre Moutet A, Sittarame F, Delétraz M, Chambouleyron M, et al. L'éducation thérapeutique du patient : une tension entre alliance thérapeutique et techniques pédagogiques. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2017;11(1):72-6.
44. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care*. 1 nov 2013;36(11):3821-42.
45. Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2010;4(1):38-43.
46. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement: Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2006. 300 p.
47. Kahan S, Manson JE. Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. *JAMA*. 26 sept 2017;318(12):1101-2.
48. HAS Haute Autorité de Santé. Présentation de la méthode des 5A [Internet]. 2014 [cité 10 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf
49. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Fam Pract*. 1 août 2014;31(4):389-98.
50. Fagot-Campagna A, Weill A, Paumier A, Poutignat N, Fournier C, Fosse S, et al. Que retenir du bilan d'ENTRED 2007-2010 ? *Médecine Mal Métaboliques*. mars 2010;4(2):212-8.
51. URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France. Education thérapeutique du Patient (ETP) [Internet]. 2019 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.urpsml-hdf.fr/education-therapeutique/>
52. ARS, Hauts-de-France. L'offre d'ETP en Hauts-de-France [Internet]. 2020 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/loffre-detp-en-hauts-de-france>
53. HAS, Haute Autorité de Santé. Education Thérapeutique du Patient (ETP), Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. 2018 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf
54. Böhme P, Lerman AS, Matte P, Herfeld C, Ziegler O. Vers une organisation coordonnée de l'éducation thérapeutique pour les personnes vivant avec un diabète ? *Médecine Mal Métaboliques*. mars 2018;12(2):194-203.

55. AMELI. Qu'est-ce que le service sophia diabète ? [Internet]. 2019 [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/service-sophia-pour-les-personnes-diabetiques/quest-ce-que-le-service-sophia-diabete>
56. Jourdain-Menninger D. Evaluation de la prise en charge du diabète.. IGAS Insp Générale Aff Soc. avr 2012;Tome 1(Rapport n°RM2012-033P):104.
57. Alliance du continuum des soins | Définition de la gestion des maladies [Internet]. [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: http://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp
58. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 1 mai 2007;3(5):229-34.
59. Santé Publique France. Découvrir l'étude Entred 3 [Internet]. 2019 [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/entred-3/decouvrir-l-etude-entred-3>
60. Diabétoclic – Le site sur le diabète de type 2 pour les professionnels de santé [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://diabetoclic.fr/>
61. FRON J-B. DiabeClic, les quiz du diabète type 2, alimentation, insuline et plus [Internet]. DiabeClic, mieux vivre avec un diabète de type 2. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.diabeclic.com/>
62. APHP, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. ComPaRe - La communauté de patients pour la recherche [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://compare.aphp.fr/>
63. 21st Brazilian Diabetes Society Congress. Diabetol Metab Syndr. avr 2018;10(S1):27, s13098-018-0315-8.
64. Møller G, Andersen HK, Snorgaard O. A systematic review and meta-analysis of nutrition therapy compared with dietary advice in patients with type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. déc 2017;106(6):1394-400.
65. ARS, Hauts-de-France. Ma santé 2022 : décroisement et réorganisation des soins [Internet]. 2019 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decroisement-et-reorganisation-des-soins>
66. ARS, Hauts-de-France. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2019 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
67. DICOM_Lisa.C. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>
68. ARS, Hauts-de-France. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. 2019 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>
69. Bourguet Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. :149.
70. LOUSSOUARN C., FRANC C., VIDEAU Y., MOUSQUES J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Quest Econ SANTE IRDES. avr 2019;(241):1-7.
71. L'association Asalée : une coopération médecins-infirmiers. Prescrire. 2012 Août:p.625-627.
72. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
73. ARS, Hauts-de-France. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>

VII ANNEXES

1) Fiche de règles diététiques distribuée par l'un des médecins

Madame, Monsieur

Voici quelques conseils alimentaires simples et pratiques ayant pour objectif :

- Stabilisation ou perte de poids
- Règles diététiques en cas de diabète, d'hypercholestérolémie ou d'hypertension artérielle

EVITER :

- Le sel (ne pas saler les aliments)
- Les jaunes d'œuf (max 2 par semaine)
- Les abats (cœur / foie / rognons / cervelle)
- Les viandes grasses (porc / agneau / mouton), limiter la consommation de viandes « rouges »
- La charcuterie (hormis le jambon dégraissé)
- Le beurre, les viennoiseries et les pâtisseries
- Les biscuits (dont biscuits-apéritifs) et les bonbons
- La végétaline et les margarines dures
- Les fritures et les sauces
- La crème fraîche
- Les fromages (max 30grammes/ jour)
- Les crèmes desserts
- L'alcool (sauf vin) et les sodas

CONSOMMER PREFERENTIELLEMENT :

- Des viandes maigres « blanches » (volaille sans peau / lapin/ morceaux maigres du bœuf)
- Du poisson (3 fois/semaine)
- Des laitages à 20% de matière grasse maximum (yaourt nature / fromage maigre)
- De l'huile d'olive, de colza, de tournesol ou de soja
- Des céréales complètes
- Des fruits
- Des légumes (verts+++) et des crudités
- Des pâtes, du riz et de la semoule
- Des pommes de terre
- Du vin : 1 verre/repas maximum

Faire 3 repas par jour Eviter le grignotage En cas de faim : fruit ou laitage

Pratique régulière d'une activité physique de loisir à intensité modérée

- Marche soutenue 30min/jour
- Prendre les escaliers (plutôt que les ascenseurs)
- Sortir le chien plus souvent et plus longtemps
- Bricolage
- Jardinage
- Ménage

2) Fiche de règles hygiéno-diététiques disponible sur le site internet DIABETOCLIC



FICHE CONSEILS ALIMENTATION ET DIABETE

Le diabète est une maladie silencieuse avec des complications au niveau de la vue, des reins, du cœur... Il est donc important de prendre de bonnes habitudes pour lutter contre l'avancée de celui-ci.

La perte de poids est un objectif essentiel qui permet d'équilibrer le diabète et donc éviter les complications. Deux choses simples permettent d'aider à atteindre cet objectif :

- Augmenter son activité au quotidien : marche (au moins 20 minutes par jour) ou sport
- Rééquilibrer son alimentation

Comment équilibrer son alimentation ?

- Réduire la consommation de graisses : Il faut privilégier les matières grasses végétales (colza, tournesol, olive) plutôt qu'animales (Charcuterie, fromage, beurre, crème fraîche, ...) qui sont moins bonnes pour la santé.
- Limiter l'alcool : pas plus d'une à deux doses par jour (cidre, vin, apéritif, ...)
- Consommer des glucides en quantité modérée : Il ne faut pas les éliminer de l'alimentation car ils sont une source d'énergie pour le corps. Mais il faut contrôler leur quantité. Les glucides sont représentés par les féculents (pain, riz, pâtes, ...) et les fruits. A la différence des produits sucrés qui sont représentés par les pâtisseries et les boissons sucrées (à prendre de façon modérée et dans des circonstances particulières : fêtes, événements, ...).

Voici une ligne de conduite pour vous aider à composer des repas équilibrés :



Laitages : lait, yaourt, lait de soja

Objectif : 1 par repas, 3 produits laitiers par jour

Éviter : fromage et laitages au lait entier.

Privilégier : les produits allégés en matière grasse.

Féculents : riz, lentilles, pommes de terre, pain, pâtes, ...

Objectif : 1 portion par jour

Privilégier : le pain complet au pain blanc



Diabetoclic.fr®



Légumes : carotte, poireaux, salade, haricots, tomate, ...

Objectif : minimum 2 par jour voire plus

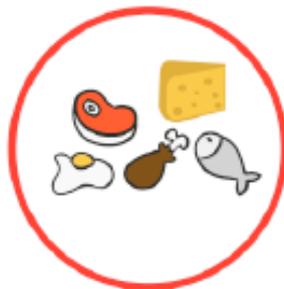
Ils sont riches en fibres et donc bon pour le transit et calment la faim.

Éviter : la cuisson avec du beurre

Fruits : pomme, cerise, kiwi, banane, orange, fraise, ...

Objectif : 2 à 3 fois par jour.

Éviter d'en manger en grande quantité car ils contiennent du sucre



Protéines : viandes, poissons, œufs, fromage, ...

Objectif : max 1 à 2 fois par jour

Privilégier le poisson

Éviter : la charcuterie, la sauce, le fromage, la cuisson avec du beurre
Pour l'huile et le beurre, pas plus d'une cuillère à soupe par repas

ATTENTION, il faut limiter au maximum : sodas, pâtes à tartiner, gâteaux apéritifs, plats préparés, cuisson au beurre, viennoiseries, fromages, les pâtisseries, les chips, les frites, les plats en sauce, ...

Si vous avez des questions ou besoin de soutien, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou une diététicienne.

L'Assurance maladie propose aux personnes ayant un diabète, et prises en charge dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), de bénéficier du service d'accompagnement Sophia. Il aide les patients à agir pour leur santé afin de mieux vivre au quotidien et de limiter les risques de complications liées au diabète. C'est un service gratuit et sans engagement. Le service Sophia intervient en complément du médecin traitant pour aider les patients à mettre en pratique ses recommandations et adapter leurs habitudes de vie. Il propose une information approfondie sur le diabète ainsi qu'un soutien et des conseils adaptés aux besoins de chacun.

Pour tout savoir sur le service Sophia, consultez ameli-sophia.fr

Diabetoclic.fr®

3) Grille d'entretien

➤ Première version

QUESTION 1 :

Comment prenez-vous en charge vos patients diabétiques de type 2 ?

- *Relance : Quelles sont les recommandations que vous utilisez ? Comment avez-vous eu ces informations ?*

QUESTION 2 :

Comment abordez-vous l'éducation nutritionnelle chez vos patients diabétiques de type 2 ?

- *Relance : Quand l'abordez-vous ? Quels obstacles et facilités pouvez-vous rencontrer ? Quels autres avantages, bénéfices et difficultés pouvez-vous rencontrer ?*

QUESTION 3 :

Comment organisez-vous cette éducation au sein de votre réseau ?

- *Relance : Vers quels réseaux, quel(le)s spécialistes, quel(le)s professionnels de santé vous tournez-vous ?*

QUESTION 4 :

Quels sont vos supports pour cette éducation ?

QUESTION 5 :

Quelles pistes d'amélioration souhaiteriez-vous concernant cette éducation ?

- *Relance : Quels outils ou réseaux seraient optimaux, selon vous ?*

➤ **Deuxième version**

Le questionnaire a été modifié après le sixième entretien. Seule la question 1 a été remaniée.

QUESTION 1 :

Comment gérez-vous la découverte d'un diabète de type 2 chez un de vos patients, en consultation ?

- *Relance : Quelles sont les recommandations que vous utilisez ? Comment avez-vous eu ces informations ?*

QUESTION 2 :

Comment abordez-vous l'éducation nutritionnelle chez vos patients diabétiques de type 2 ?

- *Relance : Quand l'abordez-vous ? Quels obstacles et facilités pouvez-vous rencontrer ? Quels autres avantages, bénéfices et difficultés pouvez-vous rencontrer ?*

QUESTION 3 :

Comment organisez-vous cette éducation au sein de votre réseau ?

- *Relance : Vers quels réseaux, quel(le)s spécialistes, quel(le)s professionnels de santé vous tournez-vous ?*

QUESTION 4 :

Quels sont vos supports pour cette éducation ?

QUESTION 5 :

Quelles pistes d'amélioration souhaiteriez-vous concernant cette éducation ?

- *Relance : Quels outils ou réseaux seraient optimaux, selon vous ?*

➤ **Troisième version**

La grille a ensuite été améliorée une dernière fois après le septième entretien.

La question 2 a été modifiée et une sixième question a été rajoutée.

QUESTION 1 :

Comment gérez-vous la découverte d'un diabète de type 2 chez un de vos patients, en consultation ?

- *Relance : Quelles sont les recommandations que vous utilisez ? Comment avez-vous eu ces informations ?*

QUESTION 2 :

Quand et comment abordez-vous l'éducation nutritionnelle chez vos patients diabétiques de type 2 ?

- *Relance : Quels obstacles et facilités pouvez-vous rencontrer ? Quels autres avantages, bénéfices et difficultés pouvez-vous rencontrer ?*

QUESTION 3 :

Comment organisez-vous cette éducation au sein de votre réseau ?

- *Relance : Vers quels réseaux, quel(le)s spécialistes, quel(le)s professionnels de santé vous tournez-vous ?*

QUESTION 4 :

Quels sont vos supports pour cette éducation ?

QUESTION 5 :

Quelles pistes d'amélioration souhaiteriez-vous concernant cette éducation ?

- *Relance : Quels outils ou réseaux seraient optimaux, selon vous ?*

QUESTION 6 :

En pourcentage, en « durée de consultation », combien de temps consacrez-vous en moyenne à l'éducation nutritionnelle chez vos patients diabétiques de type 2 ?

4) Fiche de participation

Faculté de Médecine et de Maïeutique

56 rue du Port 59046 LILLE



UNIVERSITÉ
CATHOLIQUE
DE LILLE 1875

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse et du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulé :

« L'éducation nutritionnelle des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes du Nord et Pas-de-Calais. Qu'en est-il en 2019 ? »

Cette recherche a pour objectif d'évaluer les pratiques des médecins généralistes du Nord Pas de Calais en 2019 dans l'éducation nutritionnelle de leurs patients diabétiques de type 2.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretien et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements et, le cas échéant, au CPP

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil de 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 et aux articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Le.....

Document fait en 2 exemplaires, dont 1 remis à la personne interrogée.

5) Fiche d'opposition

Faculté de Médecine et de Maïeutique

56 rue du Port 59046 LILLE



FORMULAIRE D'OPPOSITION

« L'éducation nutritionnelle des patient diabétiques de type 2 par les médecins généralistes du Nord et Pas-de-Calais. Qu'en est-il en 2019 ?

Je soussignée, Mr/Mme _____

m'oppose à participer à l'étude et à ce que mes données soient utilisées à des fins de recherche

Merci de nous retourner ce formulaire par courrier à l'adresse suivante :

*Référent CNIL FMM Médecine Générale
Faculté de Médecine & Maïeutique
56 rue du Port
59000 LILLE*

Ou par mail :

crd2m@univ-catholille.fr

AUTEUR : Nom : DEHAUT

Prénom : Eglantine

Date de soutenance : 14 juin 2020

Titre de la thèse : L'éducation nutritionnelle des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Qu'en est-il en 2019 ?

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : thèse pour le doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale - diabète type 2 – éducation nutritionnelle – alimentation - règles hygiéno-diététiques

Résumé :

Contexte : Le diabète de type 2 est un problème de santé publique. La France compte plus de 3 millions de diabétiques, dont plus de 90% de type 2. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont parmi les plus touchés. La base de la prise en charge repose sur les règles hygiéno-diététiques. Le médecin traitant apparaît comme l'un des premiers et meilleurs acteurs pour les instaurer.

L'objectif de ce travail est d'aborder l'éducation nutritionnelle que diffusent les médecins généralistes aux patients diabétiques de type 2, puis d'identifier les supports utilisés et les pistes d'amélioration potentielles.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de 13 médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Les entretiens étaient enregistrés, puis retranscrits et anonymisés pour être codés à l'aide du logiciel NVIVO12 PLUS®.

Résultat : L'éducation nutritionnelle était abordée dès la première consultation et à chaque entretien. Les médecins l'ont définie principalement comme un rééquilibrage alimentaire avec des aliments à favoriser ou à éviter. Ils retrouvaient des facilités et des freins à la mise en place de celle-ci. Parmi ces obstacles, ils citaient le manque de temps en consultation, le manque d'investissement du patient, soit parce qu'il ne comprenait pas ou n'avait pas envie, soit parce qu'il éprouvait des difficultés à mettre en place cette éducation, de par son statut, son entourage et son travail notamment.

Les médecins ont adopté plusieurs techniques pour la promouvoir au mieux. Par une écoute, une reformulation et une compréhension du patient, afin de mieux s'adapter à lui, les médecins mettaient en place un changement progressif des habitudes de vie du malade. Les praticiens s'appuyaient sur différents réseaux : spécialistes, diététiciennes, ETP, mais également sur d'autres supports. Dans l'idée d'une amélioration continue, ils proposaient l'élaboration de sites intuitifs et d'applications dédiées.

Conclusion : Les médecins généralistes apparaissent bien au fait de l'éducation nutritionnelle recommandée chez les patients diabétiques de type 2. Ils éprouvent cependant des difficultés à sa mise en place. Des aides extérieures existent mais semblent mal connues. Leur enseignement semble nécessaire lors de la formation universitaire puis en Formation Médicale Continue (FMC).

Composition du Jury :

Président : Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Professeur Monique ROMON, Professeur Jean-Marc LEFEBVRE,
Docteur Stéphanie ESPIARD

Directeur de thèse : Docteur Pierre LECLUSE

