

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
DE MEDECINE GENERALE

Par

SBAA AYOUB

Né le 13 février 1990 à Obernai

La place du médecin généraliste dans une campagne de dépistage expérimentale du diabète de type 2 en officine : enquête qualitative menée auprès de 12 médecins généralistes du Haut-Rhin à propos d'une campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine

Co-directeur de thèse : Dr RUETSCH Marcel et Dr FRAIH Elise

Président du Jury : Pr KESSLER Laurence

Membre du Jury : Pr JEANDIDIER Nathalie

Pr GENY Bernard

Dr ABOU-BEKR Zoubir Mohamed

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.04 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NCS	- Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	FO RN ECK ER	NRP6 NCS RP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre
DIEMUNSCH Pierre P0051	Luc- Matt hieu	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	P02 08	NRP6 NCS NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 NCS	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel

Hôpital Civil	54.03	ologie-obstétrique		50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
• Pôle d'Oncologie-Hématologie	Gynécologie	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)		
- Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	e-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynéc	47.04 Génétique (type clinique)		45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
		50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique		51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
		54.01 Pédiatrie		47.1 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
<hr/>				
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil		43.02 Radiologie et imagerie médicale
<hr/>				
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil		43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
<hr/>				
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil • Pôle de Pathologie thoracique		55.02 Ophtalmologie
<hr/>				
GENY Bernard P0064	NRPô CS	- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire		44.02 Physiologie (option biologique)
<hr/>				
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	- Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC		51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
<hr/>				
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre		54.02 Chirurgie infantile
<hr/>				
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP		54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
<hr/>				
	CS NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC		46.02 Médecine et santé au travail Travail
<hr/>				
Mme GONZALEZ Maria P0067				

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NR Pô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50 .0 1	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NR Pô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52 .0 3	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NR Pô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45 .0 3	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NR Pô NC S	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48 .0 2	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NC S	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47 .0 1	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NR Pô NC S	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49 .0 1	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NR Pô NC S	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43 .0 1	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49 .0 5	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NR Pô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45 .0 1	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NR Pô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54 .0 4	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NR Pô NC S	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51 .0 2	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53 .0 1	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50 .0 2	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NR Pô NC S	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54 .0 4	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NR Pô NC S	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51 .0 1	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NR Pô NC S	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51 .0 3	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NR Pô NC S	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48 .0 4	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NR Pô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47 .0 3	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NR Pô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43 .0 2	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NR Pô NC	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)	54 .0 1	Pédiatrie

S
/ Hôpital de Haute-pierre

KURTZ Jean-Emmanuel	NR Pô	• Pôle d'Onco-Hématologie	47 .0 2	Option : Cancérologie (clinique)
P0089	CS	- Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre		
Mme LALANNE-TONGIO	NR Pô	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie	49 .0 3	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
Laurence	NC S	- Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil		(Option : Addictologie)
P0202				
LANG Hervé	NR Pô	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-	52 .0 4	Urologie
P0090	NC S	faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil		
LAUGEL Vincent	NR Pô	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie	54 .0 1	Pédiatrie
P0092	CS	- Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre		
LE MINOR Jean-Marie	NR Pô	• Pôle d'Imagerie	42 .0 1	Anatomie
P0190	NC S	- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre		
LIPSKER Dan	NR Pô	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-	50 .0 3	Dermato-vénéréologie
P0093	NC S	faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil		
LIVERNEAUX Philippe	NR Pô	• Pôle de l'Appareil locomoteur	50 .0 2	Chirurgie orthopédique et traumatologique
P0094	CS	- Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP		
MALOUF Gabriel	NR Pô	• Pôle d'Onco-hématologie	47 .0 2	Cancérologie ; Radiothérapie
P0203	NC S	- Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Haute-pierre		Option : Cancérologie
MARK Manuel	NR Pô	• Pôle de Biologie	54 .0 5	Biologie et médecine du développement
P0098	NC S	- Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre		et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NR Pô	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO	47 .0 3	Immunologie (option clinique)
P0099	NC S	- Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC		
Mme MASCAUX Céline	NR Pô	• Pôle de Pathologie thoracique	51 .0 1	Pneumologie ; Addictologie
P0210	CS	- Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil		

NOM et Prénoms Universités	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	•Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	•Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-Pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean- Philippe P0103	RP6 CS	•Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 NCS	•Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	•Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil •Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Tech- nologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	•Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.2 Réanimation 48.3 Option : Pharmacologie fondamentale
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	•Pôle de Pharmacie-pharmacologie •Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	•Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MOULIN Bruno P0109	RP6 CS	•Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	•Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	•Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
NOEL Georges P0114	NCS	•Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention)	Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	- Département de radiothérapie	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) 51.2 Cardiologie
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	•Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	51.3 Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	•Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	•Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil •Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	•Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	•Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	•Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	NRP6 NCS	•Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention)	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
PIVOT Xavier P0206	CDp	- Département de médecine oncologique	Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP6 NCS	•Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
	NRP6	•Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR	

P0181 NCS -Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre 48.01 **Anesthésiologie-
réanimation** ;

Médecine d'urgence (option clinique)

PRADIGNAC Alain	Pr RICCI Roméo	ROUL Gérard
P0123	P0127	P0129
	REI ROHR Serge	Mme ROY Catherine
PROUST François	MU ND P0128	P0140
P0182	Jean -	Mme ROSSIGNOL -BERNARD
	Mari e P012	SANANES Nicolas
Pr RAUL Jean-Sébastien	Sylvie P0196	P0212
P0125	6	

NOM et	CS			Sous-section du Conseil National des
SAUDER Philippe P0142	N R Pô C S	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	N R Pô N C S	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	N R Pô N C S	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	R P ô C S	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	R P ô C S	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	R P ô C S	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de HautePierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	N R Pô C S	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	N R Pô N C S	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	N R Pô N C S	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NR Pô P01 58	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Mme WOLFF Valérie	50.01	Rhumatologie NCS
STEIB Jean-Paul P0149	VIVI LLE Stép han e	P0001		NRPô CS
STEPHAN Dominique P0150	P01 59			NRPô CS NRPô NCS
THAVEAU Fabien P0152	VO GEL Tho mas			NRPô CS
Mme TRANCHANT Christine P0153	P01 60			NRPô CS
VEILLON Francis P0155	WE BER Jea n- Chri stop he Pierr e			NRPô NCS CS
VELTEN Michel P0156	P01 62			NRPô NCS
VETTER Denis P0157	WO LF Phili ppe			NRPô NCS NRPô CS
VIDAILHET Pierre	P02 07			NRPô CS

NOM et	CS	Sous-section du Conseil National des
	Diabète / Hôpital de Haute-pierre	
NRPô NCS	ab éto log ie - Se rvi ce de Rh u m at ol og ie / Hô p i t a l C i v i l	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
NRPô NCS	(M R N E D) - Se rvi ce de Rh u m at ol og ie / Hô p i t a l C i v i l	51.04 Option : Médecine vasculaire
	- Se rvi ce de Rh u m at ol og ie / Hô p i t a l C i v i l	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
	m at ol og ie / Hô p i t a l C i v i l	49.01 Neurologie
	ol og ie / Hô p i t a l C i v i l	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	pit al Ha ut ep ier re	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
	ep ier re	52.01 Option : Gastro-entérologie
	• Pô le de l'A r c h i v e n e r i e	49.03 Psychiatrie d'adultes
	pp ar eil lo co m ot	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
	eu r - Se rvi ce de Ch iru rgi e du ra ch is	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
		53.1 Option : Médecine Interne
		53.2 Chirurgie générale
		49.1 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
(3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

52.01 Gastro-Entérologie

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC
----------------------	----	---

CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC
----------------	------------	---

55.02 Ophtalmologie

SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
-------------	--	--

BQ128 MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.0 1	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.0 2	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.0 2	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.0 3	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.0 3	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.0 2	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 4	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.0 1	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.0 1	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 3	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.0 2	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.0 2	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.0 2	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.0 1	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.0 1	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.0 1	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme-DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	C S	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.0 4	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 4	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.0 1	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.0 2	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.0 3	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis		• Pôle de Biologie	45.0	Parasitologie et mycologie (option bio-

M0025	- Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	2	logique)
FOUCHER Jack M0027	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.0 2	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.0 3	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.0 3	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.0 1	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms Universités	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des	
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45 .0 1	Option : Bactériologie -virologie (biolo- gique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47 .0 4	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44 .0 1	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42 .0 1	Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44 .0 1	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42 .0 2	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44 .0 3	Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	C S	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46 .0 1	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44 .0 2	Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50 .0 3	Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45 .0 2	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42 .0 3	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44 .0 2	Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo- faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55 .0 3	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44 .0 2	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44 .0 3	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	C S	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54 .0 5	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47 .0 4	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42 .0 3	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR	48	Anesthésiologie-Réanimation ;

M0111	- Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	.0 1	Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie	• Pôle de Santé publique et Santé au travail	46 .0 2	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
M0011	- Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC		
PENCREAC'H Erwan M0052	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44 .0 1	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander	• Pôle de Biologie		
M0053	- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45 .0 2	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie	• Pôle de Biologie	47 .0 4	Génétique (option biologique)
M0094	- Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC		
PREVOST Gilles	• Pôle de Biologie	45 .0 1	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
M0057	- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté		
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47 .0 3	Immunologie (option biologique)
M0058			
Mme REIX Nathalie	• Pôle de Biologie	43 .0 1	Biophysique et médecine nucléaire
M0095	- Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine		
RIEGEL Philippe	• Pôle de Biologie	45 .0 1	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
M0059	- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté		
ROGUE Patrick (cf. A2)	• Pôle de Biologie	44 .0 1	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
M0060	- Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC		
Mme ROLLAND Delphine	• Pôle de Biologie	47 .0 1	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
M0121	- Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre		
ROMAIN Benoît	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation		
M0061	- Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53 .0 2	Chirurgie générale

NOM et Prénoms Universités	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des	
Mme RUPPERT Elisabeth M0106	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil		49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine		45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil		47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre		54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté		45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre		45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre		50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre		54.2	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073	• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil		47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre		47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre		54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences

Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette Dr LORENZO Mathieu	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie- Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	N R Pô C S	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	N R Pô C S	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	N R Pô C S	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	N R Pô C S	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	N R Pô C S	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	N R Pô C S	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	R P ô C S	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	N R Pô C	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau

S		
Pr LESSINGER Jean-Marc	N R Pô C S	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + HautePierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	N R pô R es p	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	R P ô C S	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	N R Pô C S	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	N R Pô C S	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	N R Pô C S	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)

MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)* BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique) CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales) MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

- ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
- BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
- BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
- IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
- KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
- LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
- MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
- MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
- PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
- TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
- VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE
ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ
DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

Serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements :

Madame le Professeur KESSLER Laurence

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury sans aucunes hésitations, nous vous en remercions chaleureusement.

Votre connaissance de la diabétologie rend votre présence dans ce jury essentielle.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Madame le Professeur JEANDIDIER Nathalie

Vous nous faites l'honneur de votre présence dans ce jury en dépit des contraintes rencontrées.

Votre connaissance et expérience en diabétologie donne à notre travail une réelle légitimité.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur GENY Bernard

Vous nous faites l'honneur de votre présence au sein de ce jury.

Nous vous remercions d'avoir porté un intérêt à ce travail et de nous honorer de votre expertise.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Docteur RUETSCH Marcel

Je vous remercie tout particulièrement, vous avez été le premier à me faire confiance dans l'exercice de la médecine générale, vous m'avez aiguillé dans le choix du sujet de cette thèse et vous m'avez guidé dans sa réalisation.

Vous m'avez appris les bases de la médecine générale, je ne pourrai vous remercier assez pour cela.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance, de mon respect et de ma respectueuse gratitude.

Madame le Docteur FRAIH Elise

Je vous remercie d'avoir accepté la codirection de cette thèse d'exercice et de m'avoir guidé tout au long de la réalisation de cette étude.

Merci pour votre rigueur, votre disponibilité, votre compréhension et votre gentillesse.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Docteur ABOU-BEKR Zoubir Mohamed

Votre présence dans ce jury était une évidence tant vous avez été pour moi d'un soutien indéfectible.

Vous m'apprenez la médecine encore tous les jours et je vous en serai reconnaissant tout au long de ma carrière.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect

A ma famille :

***Le diabète est une question,
La prévention est la réponse.***

Table des matières :

I) Introduction :

- A. Contexte épidémiologique :
- B. Coût du diabète en France et dans le monde :
- C. Le FindRisc : un questionnaire validé
- D. Campagnes de dépistage antérieures :
- E. Contexte actuel :

II) Matériel et méthode :

III) Résultats :

- A. Pratique des médecins généralistes en termes de dépistage :
 - 1. Dépistage ciblé
 - 2. Dépistage aléatoire
- B. Campagne de communication du patient et des médecins généralistes :
- C. L'éducation thérapeutique : un enjeu majeur
- D. La place centrale du médecin généraliste :
- E. Collaboration entre professionnels de santé :
 - 1. Les médecins pour la collaboration
 - 2. Les médecins contre la collaboration
- F. Amélioration de la prévention en médecine générale :
- G. Une consultation dédiée au dépistage :
- H. Les points positifs de cette campagne de dépistage :
- I. Les points négatifs de cette campagne de dépistage :

IV) Discussion :

- A. Forces de l'étude :
- B. Limites et freins de l'étude :
- C. Perspectives :
 - 1. Le médecin généraliste : au cœur de la médecine préventive
 - 2. Le dépistage : une nécessité implicite
 - 3. La collaboration interprofessionnelle : une alternative d'avenir
 - 4. Le budget Prévention : un objectif ambitieux

5. La communication : un outil incontournable

V) Conclusion :

VI) Annexe :

VII) Bibliographie :

I) Introduction :

A. Contexte épidémiologique :

Le diabète est l'un des principaux défis du XXIème siècle en termes de santé publique et de développement. En effet, c'est un des enjeux principaux de ce siècle dans la mesure où sa prévalence ne fait qu'augmenter à l'échelle nationale et internationale devant la dégradation de l'hygiène de vie d'une part et l'augmentation de l'espérance de vie d'autre part.

La prise en charge de cette maladie connaît une progression croissante depuis quelques années, mais son diagnostic reste un point faible. En effet, le diabète de type 2 est une pathologie insidieuse, silencieuse dans la mesure où elle se caractérise par une glycémie élevée mais qui est complètement asymptomatique au début de son développement. Ainsi, le diabète souffre d'un retard diagnostic estimé entre 9 et 12 ans, c'est-à-dire que les premiers éléments physiopathologiques se constituent bien avant l'expression symptomatologique de cette maladie chronique (1).

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée à 5% en 2017 (2) tous régimes d'Assurance maladie confondus, soit plus de 3.3 millions de personnes traitées pour un diabète. Il y a 60 millions de diabétiques en Europe, soit une prévalence de l'ordre de 5% également et au niveau mondial, il y a 422 millions de diabétiques avec une prévalence qui a presque doublé depuis les années 1980 passant de 4.7% à 8.5% de la population mondiale. La Fédération Internationale du Diabète (FID) prévoit ainsi 640 millions de diabétiques en 2040, soit 1 adulte sur 10 (3).

En France, il y a une augmentation de la prévalence du diabète depuis les toutes premières estimations par l'Assurance maladie dans les années 2000. La fréquence du diabète augmente avec l'âge et la prévalence est différente en fonction du sexe. Un homme sur 5 âgé de 70 à 85 ans et une femme sur 7 âgée de 75 à 85 ans sont traités pharmacologiquement pour un diabète. Un pic de prévalence est observé entre 70 et 85 ans chez l'homme et entre 75 et 85 ans chez la femme (1).

La Haute Autorité de Santé (HAS) estime que 700 000 adultes en France sont diabétiques sans le savoir (4), ce qui représenterait entre 40 000 et 45 000 d'adultes dans la région Grand Est.

Cette prévalence est plus élevée dans certaines régions métropolitaines comme le Nord de la France, le Grand-Est est par ailleurs la 2^{ème} région française la plus touchée après la région Haut-de-France. En effet, en région Grand Est, la prévalence est supérieure au taux national et atteint 5.1%, soit près de 300 000 adultes (1).

B. Coût du diabète :

D'un point de vue économique, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Fédération Internationale du Diabète (FID) et l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), le coût du diabète s'élève en France à près de 16.7 milliards d'euros, 137 milliards d'euros en Europe et plus de 591 milliards d'euros dans le monde (5).

Le diabète en France en 2016, c'est :

- Plus de 8100 hospitalisations pour Infarctus Du Myocarde transmurale (IDM)
- Plus de 19800 hospitalisations pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC)
- Plus de 26700 hospitalisations pour plaie du pied diabétique
- Plus de 8400 hospitalisations pour amputation de membre inférieur
- Plus de 4400 mises sous dialyse ou greffe rénale

Outre le retard de traitement invraisemblable qui résulte de ce diagnostic tardif, ce sont les complications au long terme qui sont désastreuses. En effet, ce retard diagnostic favorise la survenue de complications d'origine cardiovasculaires, ophtalmologiques, neurologiques, rénales, cutanées et infectieuses.

Le diabète représente en effet la première cause d'insuffisance rénale terminale en Europe, la première cause de cécité de l'adulte avant 60 ans en France.

Par ailleurs, le diabète est responsable de 34500 décès annuels en France et un décès sur 12 en région Grand Est.

Devant ce constat accablant et ce cataclysme provoqué par les complications secondaires du diabète, il s'avère indispensable de dépister le plus précocement possible cette pathologie chronique afin de le traiter de manière précoce et ainsi éviter la survenue des complications secondaires mortelles ou du moins retarder leurs apparitions.

C. Le FindRisc : un questionnaire validé

Le Findrisc est un instrument de dépistage développé en Finlande, qui estime la probabilité de contracter le diabète de type 2 dans les dix prochaines années. Cette échelle se compose de 8 questions dont les réponses sont associées à une note, la note finale variant entre 0 et 26. C'est un questionnaire qui permet de cibler plusieurs éléments.

Plusieurs études intéressantes mettent en évidence l'intérêt de ce questionnaire depuis quelques années. En effet l'étude de Lindstrom et Tuomilehto de 2003 (10) est une étude qui met en évidence l'intérêt du questionnaire FindRisc dans la détection précoce de cas de diabète de type 2. Au cours de cette dernière, un groupe de patients âgés de 35 à 64 ans a été suivi pendant 10 ans en Finlande entre 1987 et 1997. C'est une étude unique dans la mesure où le but était de prédire de futurs diabètes en utilisant plusieurs facteurs facilement mesurables de manière non invasive comme l'âge, l'IMC, le périmètre abdominal, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, la prescription de traitement antihypertenseur, grâce au FindRisc. Ce questionnaire a permis de détecter de futurs diabètes avec une sensibilité de 78% et une spécificité de 77%. Le FindRisc, initialement appelé Diabetes RISK Score aux Etats-Unis a été conçu pour devenir un outil de dépistage simple, non invasif et très peu onéreux pour identifier les sujets à haut risque de DT2 dans la population et pour accroître la sensibilisation aux facteurs de risque notamment en ce qui concerne l'hygiène de vie au quotidien. En Finlande entre 30 et 60% des patients diabétiques n'étaient pas diagnostiqués avec un risque d'évènements cardiovasculaires considérable. Cette stratégie a été adoptée en Finlande où un programme national de prévention du diabète de type 2 est en cours de lancement (10) et l'un des outils principaux de ce programme est le questionnaire FindRisc ou Diabetes Risk Score (DRS).

Par ailleurs, l'étude IGLOO (Impaired Glucose Tolerance and Long Terms Outcomes Observational) de 2005 (11) est une étude américaine qui avait pour objectif d'évaluer une stratégie de dépistage du diabète de type 2 destinée à des patients atteints d'un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires. Elle se basait sur un score de risque de diabète, le Diabetes Risk Score (DRS) pour identifier les patients atteints de diabète de type 2 ou d'intolérance au glucose. Ce score appelé DRS et issu du FindRisc, permet grâce à l'évaluation de différents paramètres détaillés précédemment de détecter des diabètes de type 2, prédiabète ou intolérance au glucose de manière plus précoce. En effet dans cette étude, ce questionnaire a été comparé à une HGPO (HyperGlycémie Provoquée par voie Orale), 1377 patients âgés de 55 à 75 ans ont bénéficié d'une HGPO et ont répondu au questionnaire de dépistage. Il a été montré dans cette étude que le DRS permettait de détecter un diabète de type 2 ou une intolérance au glucose avec une sensibilité de 77% et une spécificité de 55%. Au cours de cette étude, il est montré que l'association, DRS suivi

d'un bilan biologique pourrait identifier près de 83% des cas de diabète de type 2.

L'étude DETECT-2 des docteurs Alsema, Vistisen, Heymans et Nijpels est une étude européenne de 2012 (13) regroupant des diabétologues et des chercheurs épidémiologistes hollandais hongrois, suédois, danois et autrichiens. Elle met en évidence de meilleurs résultats concernant le diagnostic de diabète ou de prédiabète après une mise à jour du questionnaire finlandais FindRisc. En effet, des variables ont été ajoutées comme les antécédents familiaux de diabète, le sexe ou encore le tabagisme actif des patients. Ces chercheurs s'accordent sur le fait que la mise à jour DETECT-2 du questionnaire finlandais est un outil fiable de dépistage du diabète de type 2 dans une population européenne.

Une autre étude portant sur l'évaluation du FindRisc dans la détection de diabète ou de prédiabète aux Etats-Unis a été publiée en 2014 par Dr Zhang et al. (12). Elle a permis le suivi de près de 20633 sujets âgés de plus de 20 ans et la corrélation entre les scores du questionnaire et la survenue de diabète maladie ou de prédiabète. Les auteurs concluent que le FindRisc représente un score de risque de diabète simple et non invasif qui permet avec une spécificité de 86% de détecter un diabète dans les 10 prochaines années dans la population américaine.

Ainsi, le questionnaire FindRisc est un questionnaire de dépistage du diabète de type 2 validé par les instances internationales et utilisé à plusieurs reprises dans différentes études pour évaluer le risque de développement d'un diabète de type 2 à 10 ans.

Figure 1 : Questionnaire FindRisc utilisé dans la campagne de dépistage du diabète en officine (Cf Annexe si illisible)

La durée de l'**activité physique quotidienne** est estimée par le patient lui-même, il a été démontré effectivement que la sédentarité est associée à une moins bonne gestion métabolique de la glycémie et de l'insulinémie.

Une autre des questions de cette échelle permet de découvrir la fréquence de **consommation de fruits et légumes** et d'évaluer si elle est quotidienne ou non.

La prochaine question permet de savoir si le patient a déjà eu une prescription de **médicaments antihypertenseurs**, en effet, on estime que plus de 40% des patients diabétiques souffrent également d'hypertension artérielle.

On demande également si le patient a déjà constaté des **indices de glycémie élevés** dans le cadre d'examens médicaux antérieurs, il a été effectivement démontré que par exemple les femmes atteintes de diabète gestationnel ont un plus grand risque de développer un diabète de type 2 après l'accouchement.

Enfin, une dernière question vise à déterminer la présence d'**antécédents familiaux de diabète** car le facteur génétique fait partie des facteurs de risque environnementaux du diabète de type 2.

- Si le score est inférieur ou égal à 11 : Risque minime à moyen, le score de risque devrait être recontrôlé périodiquement, dans l'idéal tous les 3 à 5 ans, il n'est pas recommandé de procéder à un dépistage invasif.
- Si le score est situé entre 12 et 17 : Risque élevé, la probabilité de développer un diabète de type 2 à 10 ans est 9 fois supérieure à celle d'une personne avec un risque minime. Dans ce cas, un bilan biologique avec une glycémie à jeun est préconisé tous les 3 ans minimum et un certain nombre de règles hygiéno-diététiques sont mis en place avec le médecin traitant afin de prévenir l'apparition d'un diabète maladie et de retarder les complications secondaires.
- Si le score est supérieur ou égal à 18 : Risque très élevé, la probabilité de développer un diabète de type 2 est 20 fois supérieur à celle d'une personne avec un risque minime. Dans ce cas, un bilan biologique annuel et une surveillance plus étroite est instaurée d'emblée.

- Etape 3 : Calcul du score FindRisc

Après avoir répondu au questionnaire en officine, en fonction du score, si le score est supérieur ou égal à 12, il sera proposé aux patients une mesure de la glycémie capillaire c'est-à-dire une mesure de la glycémie sur une goutte de sang prélevée au bout du doigt. En fonction de cette dernière, si le résultat est anormal, le patient est invité à consulter son médecin traitant pour confirmation du diagnostic sur une glycémie cette

fois veineuse après prescription d'un bilan biologique comme il convient d'après les dernières recommandations de la HAS (6).

- Etape 4 : Caractéristiques du patient

Le pharmacien d'officine note les caractéristiques physiques du patient, notamment son âge, son poids, sa taille, la date de réalisation du test ainsi que l'heure du dernier repas avec le résultat de la glycémie capillaire.

- Etape 5 : Traçabilité du lecteur de glycémie

Le pharmacien d'officine inscrit lors de cette dernière étape le nom du lecteur avec son numéro de série et le numéro FINESS de l'officine pour une bonne traçabilité.

Le temps consacré par le pharmacien d'officine à cette étape très importante représentée par le questionnaire FindRisc était en moyenne de 15 minutes. Les pharmacies participaient à cette campagne de dépistage sur la base du volontariat. Un comptoir dédié était installé au sein de l'officine pendant toute la durée de l'étude pour permettre aux patients de répondre au questionnaire et dans un souci de respect du secret médical dans la mesure où comme nous l'avons vu il est question des antécédents familiaux et personnels du patient ainsi que son éventuel traitement médicamenteux.

En cas de diabète confirmé, une prise en charge thérapeutique débutera aussitôt que possible avec le médecin traitant, en cas de glycémie anormale mais sans diabète confirmé, une prise en charge éducative pourra être amorcée précocement pour éviter l'apparition du diabète en élaborant avec le patient une série de règles hygiéno-diététiques. Ce suivi se fera toujours par le médecin traitant qui doit au préalable confirmer ou infirmer le diabète par une glycémie veineuse. Un véritable contrat thérapeutique pourra ainsi être mis en place de manière précoce afin d'éviter l'évolution vers un diabète et vers les complications secondaires qui peuvent être lourdes de conséquences.

D. Campagnes de dépistage antérieures :

Au sein de la zone INTERREG qui comprend la province du Luxembourg, le Grand-Duché de Luxembourg et la Lorraine en France a eu lieu en 2006 une campagne de sensibilisation au dépistage précoce du diabète de type 2, menée conjointement par l'Association Luxembourgeoise du Diabète et la Fédération des Réseaux de Diabétologie de Lorraine. Cette initiative est née d'un projet Interreg IIIA (6) visant à créer un réseau transfrontalier du diabète. Les objectifs initiaux de cette campagne de dépistage et de

sensibilisation étaient d'une part de faire prendre conscience à la population des facteurs de risque de diabète et des moyens de prévention et d'autre part d'encourager les patients identifiés comme étant à risque de consulter leur médecin traitant. L'évaluation des patients à risque était menée par les infirmières libérales des secteurs concernés au Luxembourg, en Lorraine ce sont des pharmaciens d'officine volontaires qui ont accueilli les patients intéressés ; cette évaluation englobait une mesure de la glycémie capillaire, du tour de taille, le calcul de l'Indice de Masse Corporel et la recherche des facteurs de risque associés à savoir, un âge supérieur à 45 ans, un antécédent familial de diabète au premier degré, une hypertension artérielle, une dyslipidémie. Les patients présentant une glycémie anormale étaient invités à consulter leur médecin traitant le plus précocement possible. Dans les 3 régions, 4164 personnes ont participé à cette étude, il n'était pas prévu dans cette campagne un retour d'information de la part des médecin généralistes.

La Fédération des Réseaux de Diabétologie de Lorraine et le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, en partenariat avec l'Association Régionale des diabétiques de Lorraine et l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS) ont décidé de renouveler cette expérience de dépistage du diabète en officine en 2007, 2008 et 2010. Dans sa thèse le Dr BADIA pharmacien d'officine revient sur l'impact de ces campagnes de dépistage (7). Ces campagnes reposaient sur le remplissage du questionnaire FindRisc par le pharmacien d'officine. En fonction des facteurs de risques présentés par le patient, une mesure de la glycémie capillaire était effectuée par le pharmacien préalablement formé à ce geste. Le patient était par la suite orienté vers son médecin traitant pour un bilan sanguin plus complet et un examen médical.

Dans tous les cas, une information concernant l'activité physique régulière était donnée et les règles hygiéno-diététiques de base étaient rappelés aux patients.

Par ailleurs, des campagnes de dépistage similaires ont déjà été organisées en Europe, notamment en Allemagne ainsi qu'en Suisse.

En effet, en septembre 2014, dans le cadre du projet QualiCare (8) en Suisse a été débuté une campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine, en collaboration avec les pharmaciens de secteur. En effet, en s'appuyant sur le Findrisc comme questionnaire validé pour le dépistage du DT2, après adoption du protocole par l'assemblée générale de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie et en association avec l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de Zurich. Après avoir répondu aux questions du FindRisc, en fonction du score, le pharmacien proposait aux patients une mesure de l'hémoglobine glyquée. En fonction du risque, le patient était adressé à son médecin traitant. Certaines règles hygiéno-diététiques étaient rappelées aux patients notamment en ce qui concerne l'activité physique, le contrôle du poids corporel et l'alimentation.

Dans le même contexte, une campagne de dépistage a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne en septembre 2014. En effet, l'ARS et les acteurs impliqués dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge du diabète de type 2 ont identifiés 2 points de rupture dans le parcours de soins des patients diabétiques, à savoir la difficulté de repérage et un diagnostic tardif.

Dans un contexte d'évolution générale des métiers de la santé, le rôle du pharmacien s'oriente de plus en plus vers la prévention en collaboration étroite avec les médecins généralistes par son accessibilité et son contact journalier avec de nombreux patients qui ne passent pas toujours par le médecin traitant. Lors de cette campagne, les pharmaciens étaient chargés de détecter les patients à risque grâce à un questionnaire composé de 9 questions relevant les facteurs de risque principaux du diabète, parmi les suivants : les antécédents familiaux ou personnels, l'état de surcharge pondérale, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le tabagisme et la sédentarité. Dès lors qu'un patient présentait au moins un facteur de risque, une glycémie capillaire lui était proposée. Ainsi durant une période d'un mois, 2400 questionnaires ont été réalisés donnant lieu à 1497 glycémies capillaires. Au total, 156 tests de glycémie se sont avérés anormaux, soit près de 11% des patients.

Au terme de cette étude, au moins 90% des pharmaciens interrogés considéraient que les patients ont été intéressés par cette campagne de dépistage, puis favorables à la mesure de leur glycémie capillaire et motivés à consulter leur médecin traitant en cas de découverte de valeur anormale. En outre, cette étude a permis le renforcement de la coopération entre acteurs de santé, cette dernière s'avère indispensable pour pérenniser cette volonté de dépistage précoce d'une pathologie chronique qui est un véritable problème de santé publique.

Du 5 au 17 décembre 2016, en Bourgogne-Franche-Comté(9), 212 officines des huit départements de la région se sont portées volontaires pour relayer une campagne de dépistage du diabète de type 2 en collaboration avec l'URPS pharmaciens libéraux et l'URPS médecins libéraux, en partenariat avec l'assurance maladie, la fédération française des diabétiques et financée par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté. Lors de cette étude, grâce au questionnaire FindRisc relevant les facteurs de risque du DT2, les patients étaient invités à réaliser une glycémie capillaire. 2719 tests de glycémie ont été réalisés, 14% (n=376) d'entre eux ont révélés des valeurs anormales. Face à une valeur de glycémie anormale, le pharmacien incitait le patient à se rendre chez son médecin traitant pour une consultation complétée par un bilan sanguin veineux afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de diabète de type 2. Ainsi, on

s'aperçoit que plus de 10% des glycémies capillaires réalisées en officine se trouvent être en dehors des normes. Par ailleurs, cette étude permettait une sensibilisation des patients au diabète et une remise de documents d'informations sur les règles hygiéno-diététiques de base à mettre en œuvre pour éviter l'apparition de cette maladie chronique asymptomatique.

Ainsi, il apparaît que plusieurs campagnes de dépistage utilisant le FindRisc comme questionnaire ont été réalisées en France et en Europe. Elles ont montré leur pertinence et leur impact sur les patients et les praticiens libéraux en termes de sensibilisation à cette maladie chronique.

E. Contexte actuel :

C'est dans cette optique que l'Agence Régionale de Santé (ARS) en collaboration avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) médecins libéraux et pharmaciens ont organisé du 2 au 23 juin 2017 une campagne de dépistage du diabète de type 2 par le pharmacien d'officine dans 3 départements de la région Grand Est : les Ardennes, le Haut-Rhin et la Meurthe-et-Moselle. La prévalence est particulièrement élevée dans ces 3 départements, elle est respectivement de 5.42%, 5.09% et 5.06%.(2)

L'objectif de ce programme est d'optimiser le diagnostic précoce du diabète et permettre la prise en charge des patients en s'appuyant sur une collaboration étroite entre pharmaciens et médecins libéraux.

En effet, le maillage territorial des officines permet comme nous l'avons vu dans les études précédentes aux pharmaciens d'être au contact de nombreuses personnes parfois éloignées du système de soins et ainsi élargir le panel de patients dépistés.

Concrètement, il s'agit pour les pharmaciens d'officine de repérer les patients à risque de diabète à l'aide du questionnaire validé *Findrisc* (Finnish diabetes risk score) qui est un questionnaire finlandais validé comme nous l'avons vu précédemment calculant un score de risque de diabète pour le dépistage du diabète de type 2, des anomalies de la glycorégulation et du syndrome métabolique.

Ainsi, au-delà de son activité de dispensation des médicaments et de conseils pharmaceutiques associés, le pharmacien d'officine a un rôle majeur à jouer dans la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des patients en collaboration étroite avec le médecin généraliste libéral.

Cette collaboration s'avère indispensable devant le constat suivant, toute une frange de la population, celle qui ne consulte pas de médecin, celle qui ne possède pas de médecin traitant, échappe à la vigilance du médecin de famille et donc par la même occasion échappe au dépistage

conventionnel. Il s'agit vraisemblablement des « invisibles » du système de soins pour diverses raisons (population précaire, manque de temps, difficultés d'accès aux soins pour raisons géographiques) ou qui ne consulte que ponctuellement pour des problèmes aigus puis qui se retrouvent par la suite « perdus de vue ».

Cette campagne de dépistage présente une approche nouvelle par la mise en place d'un travail complémentaire entre professionnels sanitaires au service de la santé publique et des patients. Ainsi cette synergie vise à renforcer la collaboration entre différents corps de métier au bénéfice du patient.

Les objectifs principaux de cette étude étaient donc de repérer les patients à risque et de les dépister, de mesurer l'efficacité de cette stratégie de dépistage mise en œuvre en officine et ainsi mesurer l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle.

Cette première étude dans ces départements a ainsi permis l'inclusion de plus de 2000 patients et ce malgré un nombre de pharmacies actives en deçà des attentes fixées par le protocole initial(10). Sur ces 2000 patients, 1937 ont acceptés de remplir le questionnaire Findrisc, 1227, soit 63.3% avaient un score supérieur ou égal à 12 et 1179, soit 96.5% ont accepté de réaliser une glycémie capillaire. Parmi ceux-ci, 534, soit 45% (n=534) présentaient un risque modéré de diabète de type 2, 48% (n=563) un risque élevé et 7% (n=82) un risque très élevé. Chez ces sujets éligibles au dépistage ayant réalisé la glycémie capillaire 22.1% (n=261) avaient un résultat anormal. Ainsi, sur 1227 glycémies capillaires réalisées, 261 soit 21.2% étaient anormales témoignant soit d'un diabète qu'il faudrait confirmer ou infirmer par deux mesures de la glycémie veineuse à jeun, soit d'un prédiabète, soit d'une intolérance au glucose s'intégrant dans un syndrome métabolique.

Cependant, 3 mois après la fin de la campagne de dépistage, seulement 15% des sujets dépistés avaient bénéficié d'une confirmation biologique documentée. Ainsi, plusieurs patients ayant bénéficié de ce dépistage par glycémie capillaire ne sont pas allés voir leur médecin traitant pour une confirmation ou une infirmation du diagnostic par bilan biologique.

C'est devant cette problématique qu'est née la 2^{ème} édition de cette campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine ayant eu lieu du 15 octobre 2019 au 15 février 2020, proposant cette fois une ordonnance de prescription de glycémie veineuse directement fournie par le pharmacien au patient si la glycémie capillaire initiale était anormale. Ainsi, avec cette « prescription » à priori, le patient peut aller directement au laboratoire pour réaliser une glycémie veineuse et les résultats biologiques sont directement envoyés au médecin traitant par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée. Ainsi, même si le patient ne retourne pas voir son médecin traitant, ce dernier est informé des

résultats sanguins et peut organiser la suite de la prise en charge avec son patient lors de la prochaine consultation.

Les pharmaciens et médecins ont été informé préalablement à l'étude afin de mobiliser le plus de professionnels possibles. La communication qui a entouré cette campagne de dépistage s'est fait par l'intermédiaire de courriers électroniques et de courriers postaux adressés aux médecins généralistes des régions concernées de la part de l'ARS et de l'URPS médecins libéraux. De plus, une soirée d'information a été organisée par ces instances à destination des pharmaciens du département et des médecins généralistes du secteur. Le déroulement de cette soirée de présentation était le suivant. Après une brève introduction sur le diabète de type 2, les moyens de le dépister, ses complications secondaires et l'impact de cette pathologie dans le département et dans la région, une présentation du protocole expérimental du dépistage a été réalisée en détaillant les différentes étapes et les différents intervenants de l'étude.

Ainsi, notre travail de recherche porte sur cette 2^{ème} campagne de dépistage, nous sommes allés à la rencontre de certains médecins traitants ayant participé à cette étude afin de recueillir leur ressenti et afin d'évaluer la place du médecin généraliste dans une campagne de dépistage expérimentale.

II) Matériel et méthode :

Afin d'étudier les perceptions des médecins généralistes et leur place dans une campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine, nous avons réalisé une étude de type qualitative. Cette étude qualitative a pour objectifs principaux de décrire le ressenti des médecins généralistes par rapport à cette campagne de dépistage, leur adhésion à ce type de dépistage et d'évaluer les freins et les motivations à leur participation à cette campagne expérimentale. L'objectif secondaire est d'évaluer ce ressenti afin d'extraire certaines pistes d'améliorations si elle devait s'élargir au niveau national ou se répéter dans les années à venir.

Pour cela, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés grâce à un guide d'entretien (cf. Annexe) qui permettait aux médecins généralistes de s'exprimer et de donner leur point de vue et ressentis par rapport à cette campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine.

Un guide d'entretien a été préalablement élaboré et les entretiens se faisaient aux cabinets des différents médecins généralistes sur rendez-vous. Ces derniers se sont déroulés de novembre 2019 à février 2020

selon les disponibilités des médecins. Ce guide d'entretien a été construit de manière à permettre aux médecins généralistes de donner leur point de vue sur chaque volet de cette campagne de dépistage.

Nous avons contacté une quarantaine de médecins généralistes par téléphone, nous avons finalement interrogés 12 médecins, 6 hommes et 6 femmes, âgés de 32 à 69 ans jusqu'à saturation des données.

Les médecins interrogés étaient des médecins généralistes du Haut-Rhin ayant participé à cette campagne de dépistage de manière volontaire ou involontaire, nous avons réalisé des entretiens qui étaient enregistrés grâce à un dictaphone de manière anonyme et retranscrits les éléments grâce à un logiciel de traitement de texte appelé Word. Les médecins ayant participé à cette campagne de dépistage de manière involontaires sont ceux n'ayant pas été informé de cette dernière directement si ce n'est par l'intermédiaire de leurs patients eux-mêmes. Le nombre d'entretiens n'a pas été déterminé au départ mais seulement après saturation des données. Les entretiens duraient de 16 minutes pour le plus court jusqu'à 35 minutes pour le plus long.

Une fois retranscrits manuellement, les entretiens ont été analysés grâce à une analyse thématique, plus précisément une analyse inductive généralisée. Cette méthode consiste en outre à analyser les entretiens phrase par phrase et leur attribuer des mots clés, cette étape est nommée le codage(11). Au fur et à mesure de l'analyse, ces mots clés se regroupent afin de former des thèmes et la mise en évidence de relation entre les différents thèmes permet d'extraire des concepts plus généraux dans le but de répondre à la question initiale de notre étude à savoir comment le médecin généraliste se place lui-même dans une campagne de dépistage expérimentale du diabète de type 2 en officine.

III) Résultats :

Figure 2 : Tableau descriptif des médecins généralistes interrogés :

	Age	Sexe	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Activités complémentaires
M1	41 ans	Femme	Associée : 3 médecins	Milieu urbain	Très impliquée dans le préventif ; Thèse Dépistage CCR
M2	32 ans	Homme	Individuel	Milieu rural	Impliqué dans le dépistage ; Carnet Vaccinal Electronique
M3	37 ans	Femme	Associée : 2 médecins	Milieu rural	Médecin membre du DMG
M4	52 ans	Femme	Associée : 2 médecins	Milieu semi-rural	Médecin coordinateur d'un EHPAD
M5	50 ans	Homme	Individuel	Milieu urbain	DU Diabétologie
M6	69 ans	Homme	Individuel	Milieu rural	Médecin coordinateur d'un EHPAD Gériatre
M7	60 ans	Femme	Individuel	Milieu semi-rural	DU sénologie
M8	62 ans	Homme	Associé dans un pôle de santé avec 3 médecins	Milieu urbain	Président URPS Gériatre
M9	60 ans	Femme	Associée dans une maison médicale	Milieu urbain	Médecin coordinateur d'un EHPAD
M10	55 ans	Femme	Associée : 3 médecins	Milieu semi-rural	DU diabétologie
M11	42 ans	Homme	Individuel	Milieu rural	Médecin membre du DMG

M12	45 ans	Homme	Associé : 2 médecins	Milieu urbain	DU soins palliatifs
-----	--------	-------	----------------------------	------------------	------------------------

A. Pratique des médecins généralistes en termes de dépistage :

Les médecins généralistes interrogés réalisaient en fonction de leur pratique tantôt un dépistage ciblé sur des patients dont ils connaissent les antécédents personnels ainsi que le terrain familial, tantôt un dépistage aléatoire en fonction du contexte.

1. Dépistage ciblé :

Outre le dépistage du diabète de type 2, les médecins généralistes font du dépistage toute l'année notamment en ce qui concerne le dépistage organisé du cancer colorectal avec le programme ADECA grâce à la recherche de sang dans les selles tous les 2 ans chez les patients âgés de 50 à 74 ans ainsi que le dépistage du cancer du sein avec le programme ADEMAS par la réalisation d'une mammographie bilatérale chez les patientes âgées de 50 à 74 ans également ou encore avec le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le dépistage ciblé du diabète de type 2 qui était réalisé par les médecins généralistes interrogés était en effet conditionné par les antécédents personnels et familiaux des patients.

« On connaît les patients, on connaît leur famille, pour certains depuis plus de 20 ans sur 2 voire 3 générations, donc en fonction on organise avec eux un bilan sanguin annuel pour rechercher un diabète » (M6).

« On fait du dépistage rien qu'en voyant le patient, sa morphologie, quand il nous salue, quand il se déshabille, ça nous donne une certaine idée de sa situation notamment sur le plan physique » (M9).

Ainsi, les médecins généralistes arrivent à se faire une idée concrète du patient qu'ils ont en face d'eux en consultation, de le mettre dans un contexte familial particulier, et de le prendre en charge dans sa globalité.

2. Dépistage aléatoire :

Par ailleurs, parfois en fonction du contexte à un moment donné, certains médecins généralistes réalisent un dépistage de manière plus aléatoire, c'est-à-dire qu'ils organisent avec le patient des examens à la recherche de certaines pathologies alors qu'ils sont en cours de traitement pour autre chose. C'est le cas lors de la réalisation d'examens biologiques dans

un contexte de pathologies aiguës au cours de laquelle le médecin généraliste va ajouter au bilan une glycémie à jeun par exemple pour profiter du bilan sanguin pour dépister un éventuel diabète sous-jacent.

« Vous savez, on fait aussi du dépistage de manière aléatoire, quand on fait une prise de sang pour autre chose, on laisse la glycémie sur la prescription, même si ça n'a rien à voir avec la pathologie initiale, cela nous permet d'avoir une glycémie de base, personnellement je suis déjà tombé sur une hyperglycémie alors que le patient venait initialement pour une crise de goutte par exemple » (M5).

Le dépistage et la prévention restent « des éléments essentiels de la médecine générale » (M7). En effet, plusieurs médecins interrogés placent « la prévention au centre de sa pratique quotidienne, même si ça reste difficile de mobiliser les patients pour plusieurs raisons » (M1).

B. Campagne de communication :

Certains médecins généralistes ont participé à cette campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine de manière volontaire après avoir été informé de cette dernière, d'autres n'ont pas été informés du tout et y ont participé de manière involontaire après avoir réceptionné des résultats biologiques sur leur messagerie sécurisée.

Cependant certains médecins généralistes n'ont pas été informés, ni par mail, ni par voie postale et c'est ce qu'il s'avère être problématique dans cette campagne de communication.

9 médecins généralistes sur les 12 interrogés ont été initialement informés de cette campagne de dépistage, les 3 autres médecins ne l'ont pas été mais ont tout de même participé à cette étude de manière indirecte. En effet, ils ont été informés de manière indirecte soit par leur patients ayant bénéficié de ce dépistage, soit après réception de résultats biologiques. Les médecins informés l'ont été de manière directe, soit par voie postale, soit par voie électronique. Les médecins non informés étaient tous les 3 de jeunes médecins et ne comprenaient pas pourquoi ils n'étaient pas au courant, d'autant plus qu'une des 3 exerçait à proximité d'une officine.

« Moi, j'ai été informée par mes patients directement..., et la soirée de présentation, il n'y en avait qu'une seule dans la région donc si on la loupe c'est compliqué » (M1). Ce médecin a été informé par un de ses patients donc il ne pouvait pas sensibiliser tous ses patients directement sur le diabète de type 2.

Par ailleurs, un des médecins interrogés évoquait l'opportunité offerte par les réseaux sociaux pour communiquer au sujet de cette campagne et ainsi toucher plus de patients, les informer sur le diabète, son dépistage, ses complications secondaires.

« Pourquoi ne pas avoir diffusé l'information sur les réseaux sociaux pour toucher plus de gens, notamment les plus jeunes pour les sensibiliser sur cette pathologie chronique qui va être je pense de plus en plus problématique dans les années à venir, et j'irai encore plus loin, pourquoi pas une campagne de communication télévisée comme c'est le cas pour la vaccination... ? » (M2).

Par ailleurs, plusieurs médecins ont déploré le fait que cette campagne de dépistage se soit déroulée en même temps que la campagne de vaccination antigrippale qui a été couverte cette année par les pharmaciens.

« C'est dommage que ça soit tombé au même moment que la campagne de vaccination antigrippale, les pharmaciens risquent d'être pas mal occupés... » (M2).

En effet, cette année dans un souci de simplification de la campagne de vaccination antigrippale, les pharmaciens officinaux pouvaient vacciner tous les adultes ciblés par les dernières recommandations vaccinales.

Cette campagne se déroulait du 15 octobre 2019 au 31 janvier 2020 donc en parallèle de la campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine.

Ainsi, il apparaît que la campagne de communication de cette initiative concernant le dépistage du diabète de type 2 en pharmacie reste à améliorer pour d'une part toucher plus de patients, les informer sur cette pathologie chronique et d'autre part informer tous les médecins généralistes du secteur concerné afin qu'ils puissent eux aussi véhiculer cette information et s'impliquer davantage dans une campagne de dépistage qui est une campagne d'utilité publique.

C. L'éducation thérapeutique : Un enjeu majeur

Les médecins interrogés ont pour la plupart relié cette initiative de dépistage de masse d'une maladie chronique à la notion d'éducation thérapeutique, le but étant de responsabiliser le patient, le mettre au centre de sa santé et lui faire comprendre que son comportement a de manière inéluctable un impact sur sa santé.

« Il faut faire comprendre aux patients qu'ils ont un impact direct sur leur santé, que leur santé dépend surtout d'eux et pas des médecins » (M8).

« Certains patients adhèrent au dépistage car ils savent qu'ils sont responsables de leur santé, d'autres sont plus spectateurs de leur santé, mais à part leur dire, que pouvons-nous faire de plus ? Il faut une prise de conscience de leur part.. » (M1).

Il apparaît donc que le manque d'informations du patient sur cette pathologie chronique qu'est le diabète de type 2 et sur ses origines constitue un frein au dépistage de masse.

« Il y a une vraie difficulté à mobiliser certains patients dans une campagne de dépistage car certains sont dans la phobie du diagnostic ou alors dans un déni de la maladie car ils ne font pas attention à ce qu'ils font dans la vie de tous les jours, à ce qu'ils mangent notamment, vous savez vouloir le bien de l'autre ne donne pas l'assurance de le faire... » (M7).

La sensibilisation des patients dans la pratique quotidienne en cabinet de médecine générale s'avère donc être un point essentiel pour faire adhérer les patients à une campagne de dépistage. C'est un élément important qui ressort des entretiens dans la mesure où comme le dit le médecin M8 « certains patients adhèrent tout à fait au dépistage parce qu'ils ont compris qu'il valait mieux prévenir que guérir, qu'en étant acteurs de leur santé, ils pourraient la conserver le plus longtemps possible... ».

Cette sensibilisation par la prévention reste primordiale pour faire comprendre aux patients les enjeux de cette pathologie chronique initialement asymptomatique. Cette sensibilisation ne pourra amener à une prise de conscience individuelle puis collective seulement par une intensification de notre travail préventif au quotidien en médecine générale.

Un autre élément important qui ressort des entretiens est également le fait qu'une meilleure éducation thérapeutique concernant les petits motifs de consultation comme les rhumes, les angines, les maux de tête pourront diminuer le nombre de consultations jugées « inutiles » par certains médecins afin d'avoir plus de temps pour la prévention et le dépistage.

« Si on apprend aux patients comment gérer un rhume à la maison, comment prendre en charge une fièvre dans les premiers jours notamment en pédiatrie, la consultation serait moins chargée et on pourrait dégager plus de temps pour s'occuper des problématiques de prévention et de dépistage... » (M7).

Par ailleurs, les médecins interrogés sont tout à fait conscients du fait que cette sensibilisation passe par l'information.

« Il faut que nous soyons irréprochables au niveau de l'information véhiculée à nos patients car leur sensibilisation à certains problèmes, à certaines pathologies chroniques passe par notre capacité à leur expliquer les choses, comme nous le faisons assez bien désormais pour les pathologies cancéreuses comme le cancer colorectal ou le cancer du sein » (M6).

« L'adhésion au dépistage, à la prévention, aux problèmes de santé publique dépend du profil des patients, il faut trouver le meilleur moyen de

communication, la meilleure méthode en fonction de chaque patient pour les sensibiliser et vraiment faire passer un message, on ne s'adressera pas de la même manière à la mamie du village et au jeune couple qui vient de s'installer, il faut vraiment adapter sa pratique et son mode de communication » (M10).

Cette notion suggère de la part des médecins généralistes une certaine forme d'adaptation de leur pratique au quotidien en fonction des différents profils de patient rencontrés. C'est une notion importante dans la mesure où comme le disait le médecin M11 : « pour faire passer un message, il faut savoir à qui on s'adresse, il faut choisir ses mots et ses méthodes en fonction de chacun pour avoir un vrai impact sur les patients ».

Ainsi, il apparaît que l'éducation thérapeutique préventive, ainsi que l'information véhiculée aux patients fait partie intégrante de l'adhésion de ces derniers au dépistage et à la médecine préventive en générale dans la mesure où s'ils sont suffisamment sensibilisés et informés de la pathologie en question, ses potentielles complications et son traitement qui peut être instauré de manière précoce, ils vont aller eux-mêmes vers le dépistage, de manière spontanée.

En outre, comme le dit le médecin M11 : « si les patients connaissaient vraiment le diabète de type 2 et ses complications, ce sont eux qui nous demanderaient d'être dépistés pour traiter cette maladie chronique le plus précocement possible ».

D. La place centrale du médecin généraliste :

Les médecins généralistes interrogés estimaient quasiment tous qu'ils devaient occuper une place centrale dans cette campagne de dépistage du diabète de type 2 dans la mesure où ce sont « eux les médecins ! » (M7).

En effet, 11 des 12 médecins interrogés se sentaient totalement intégrés dans cette campagne expérimentale et présentaient leur place comme centrale dans ce type de campagne.

« Il faut absolument que le médecin généraliste soit au cœur de cette étude, c'est nous qui assurons la suite de la prise en charge ainsi que le suivi » (M1).

« Le médecin traitant occupe une place centrale dans le dépistage organisée car il est responsable de la prise en charge du patient au long cours, c'est lui qui prescrit le traitement, les bilans sanguins de suivi, il reste au cœur d'une prise en charge multidisciplinaire et son rôle est de considérer le patient dans sa globalité » (M2).

« Le médecin traitant est et doit être complètement intégré et doit occuper une place centrale dans cette campagne de dépistage du diabète car c'est à lui qu'incombe l'explication du diagnostic si jamais un diabète est découvert car c'est ça le but quand même, le pharmacien n'intervient plus une fois le diagnostic fait... Outre l'explication du diagnostic, l'éducation thérapeutique, et la mise en place de règles hygiéno-diététiques, le dépistage des autres facteurs de risque cardiovasculaires doit être instauré par le médecin traitant, il occupe donc une place prépondérante » (M3).

« Vous savez ce n'est pas pour rien qu'on appelle le médecin traitant le médecin de famille, il occupe une place centrale également au sein de la famille qu'il suit quelquefois depuis plusieurs années, sur plusieurs générations donc il connaît le terrain familial, il peut dépister le diabète de type 2 aussi en fonction de ce terrain-là, donc nous avons effectivement une place majeure dans le dépistage organisée de maladies chroniques » (M10).

Outre la place centrale qu'occupe les médecins généralistes dans cette campagne de dépistage, ils sont au centre d'une médecine de proximité qui prend en charge toute une famille : « le médecin traitant connaît toute la famille et ses antécédents donc on est plus attentifs dans certains cas où le diabète est déjà présent » (M4).

Par ailleurs, « le dépistage est et restera un acte médical à part entière, il est donc logique que le médecin généraliste occupe une place centrale dans une campagne de dépistage qui est d'utilité publique » (M10).

Pour un autre des médecins interrogés, « une campagne de dépistage c'est du préventif et tout ce qui attire à la prévention est de fait associé au médecin généraliste, comme c'est le cas pour le dépistage organisé du cancer colorectal ou le cancer du sein donc j'y adhère à 100%, et les médecins généralistes sont souvent assez mobilisés dans les campagnes de dépistage » (M11).

E. Collaboration entre professionnels de santé :

Interrogés sur l'opportunité offerte par cette campagne de dépistage expérimentale sur une collaboration plus étroite entre professionnels de santé, à savoir les médecins généralistes et les pharmaciens libéraux, spontanément, deux profils de médecins ont été mis en évidence. Ceux

qui travaillent déjà en collaboration avec d'autres professionnels et avec une pharmacie à proximité et ceux installés de manière individuel depuis plusieurs années.

Ainsi, 5 médecins installés seul ne voyaient pas l'intérêt direct d'un travail collaboratif entre plusieurs professionnels de santé et les 7 autres médecins qui étaient déjà en collaboration avec des infirmiers, des kinésithérapeutes, installés dans des maisons médicales ou dans des pôles de santé, ou encore avec une pharmacie très proche du cabinet étaient plutôt pour un renforcement de cette collaboration dans un but de santé publique.

1. Les médecins pour la collaboration entre professionnels de santé :

Certains médecins généralistes interrogés considéraient cette collaboration entre eux et les pharmaciens libéraux comme implicite :

« Les pharmaciens sont nos amis, on travaille ensemble depuis plusieurs années », [cette collaboration est] « bénéfique pour le patient, ce travail collaboratif est une très bonne chose dans la mesure où nous sommes tous concernés par le diabète, il faut mettre en place un travail complémentaire dans le but d'améliorer notre pratique » (M2).

Le médecin M9 installé depuis plusieurs années dans un pôle médical avec une pharmacie proche du cabinet disait : « faire déjà des réunions pluridisciplinaires avec les professionnels de santé du secteur, pharmaciens, infirmières et kinésithérapeutes pour parler des patients et de notre pratique en générale afin de l'améliorer ».

Un autre médecin interrogé souligne que : « le rôle du pharmacien pouvait tout à fait s'élargir et ne pas se contenter seulement de la délivrance des médicaments, dans cette étude, les pharmaciens ont participé à une formation préalable sur le diabète donc à priori, ils sont au niveau. De plus, c'est une ouverture pour eux, ils sont motivés à faire autre chose et pourquoi pas justement ce travail collaboratif avec le médecin traitant » (M10).

Pour lui, cette collaboration « représentait une ouverture en interprofessionnalité, qu'à l'avenir on pourrait envisager de telles démarches, de telles collaboration dans les CPTS, les Communautés Professionnelles Territoriale de Santé où on aurait vraiment l'ambition de travailler ensemble avec les médecins libéraux, les pharmaciens, les infirmières, les sages-femmes et même les dentistes ».

Par ailleurs, le médecin M8 disait « ne pas du tout se sentir être mis de côté par cette collaboration avec les pharmaciens, au contraire cela permet un lien supplémentaire avec ce dernier et une opportunité d'améliorer notre pratique en termes de prévention et de dépistage ».

Un autre médecin interrogé se disait complètement favorable à cette collaboration dans la mesure où « cela permet d'améliorer la communication avec les pharmaciens, il est vrai qu'on ne communique pas assez avec eux et parfois ils ont des informations importantes, vous savez les patients parlent plus librement à leur pharmaciens, au comptoir il se dit parfois des choses intéressantes sur l'observance thérapeutique, la tolérance de certains médicaments, ce sont des informations qu'on peut partager pour améliorer les choses » (M9).

Le médecin M10 mentionnait également un autre volet de cette collaboration en disant qu'effectivement : « elle pourrait amener à responsabiliser un peu plus les pharmaciens ».

Le médecin M12 quant à lui avait son cabinet juste au-dessus d'une pharmacie, il me disait entretenir avec le pharmacien qui était un ami de longue date une relation plus que cordiale et que : « cette étude avait permis justement d'améliorer leur communication d'un point de vue professionnel ».

Il apparaît ainsi clairement que cette collaboration entre différents professionnels de santé peut être bénéfique pour les patients, peut s'inscrire dans une campagne de santé publique et participe à une meilleure prise en charge pluriprofessionnelle des patients.

2. Les médecins contre la collaboration entre professionnels de santé :

Cependant, certains médecins généralistes interrogés considéraient cette collaboration comme « inutile d'un point de vue du dépistage » (M9).

En effet, le médecin M7 disait « j'adhère complètement au dépistage il n'y a aucun souci avec ça d'ailleurs, on en fait presque tous les jours, mais je ne suis pas du tout favorable à cette collaboration pour la simple et bonne raison que les pharmaciens sont animés d'un intérêt financier et n'adhèrent pas à cette campagne par simple altruisme, pour nous le dépistage fait partie intégrante de notre pratique quotidienne ».

En effet, lors de cette campagne de dépistage expérimentale en officine, il était proposé une certaine somme (12€) aux pharmaciens par questionnaire FindRisc rempli.

Ce médecin s'était également très insurgé sur le fait qu'on propose aux pharmaciens de faire de la prévention estimant que : « la prévention est un travail médical, c'est à nous de la faire car on connaît les patients, on ne délivre pas seulement des médicaments sans prendre le temps de parler avec le patient, de se soucier de lui, de faire preuve d'empathie, le

pharmacien lui est là seulement pour donner les médicaments et faire des bénéfices... » (M7).

Par ailleurs, un autre médecin lui aussi septique quant à cette collaboration nouvelle pour lui me disait : « vous savez chacun a son boulot hein !! et pour moi l'interprétation d'une glycémie est purement un acte médical, si je vois une glycémie à 1.45g/L en post-prandial, je peux la replacer dans son contexte en fonction du profil du patient, ses antécédents, ne pas l'alarmer pour une valeur au-dessus de la norme et qui plus est sur une glycémie capillaire et pas veineuse, le pharmacien lui, va dire au patient qu'il présente un diabète, et cela m'est arrivé au cours de cette campagne, et je trouve ça presque inconscient de sa part » (M5).

Un autre médecin en off me disait « vous savez un certain nombre de mes confrères ne sont pas d'un enthousiasme débordant en ce qui concerne le dépistage fait par le pharmacien estimant que cela a un impact sur leur activité, certains disent que ce n'est pas au pharmacien qu'incombe cette tâche ».

Le médecin M1 plutôt favorable au travail collaboratif entre médecins généralistes et pharmaciens émettait tout de même quelques réserves en disant « que cette délégation de tâche pouvait amener à une perte d'information, que le risque de passer à côté de quelque chose était quand même présent, en prenant l'exemple de la vaccination, si le patient va se faire vacciner chez le pharmacien, on n'a pas de trace dans le dossier médical du patient, on ne sait plus où on en est après ça peut être problématique ».

D'autre part, le médecin M8 disait « l'acte de dépistage ne me pose pas de problème du tout, c'est quelque chose d'utilité publique, ce qui me poserait plus problème c'est si on induit des comportements, si le pharmacien dit il faudrait faire comme-ci ou comme ça, qu'il dépasse ou qu'il ne dépasse pas sa fonction, mais disons en tant que médecins, on ne voit pas les choses sous le même angle que le pharmacien et faudrait qu'il évite d'induire des demandes inadaptées ou des remarques sur la pratique du médecin, ce qui m'est déjà arrivé auparavant ».

Il apparaît donc deux profils de médecins généralistes avec des positions parfois tranchées sur le sujet de cette collaboration assez nouvelle en termes de santé publique. Ces positions sont semble-t-il conditionnées souvent par le mode d'exercice du médecin de famille questionné, par son expérience plus ou moins bonne avec les pharmaciens de proximité et aussi par l'idée qu'il se fait de la médecine en générale.

Ainsi, cette collaboration peut être louable pour certains si elle s'inscrit dans un travail d'équipe, dans un but d'utilité publique en gardant à

l'esprit que tous les efforts déployés doivent bénéficier en premiers lieux aux patients. Pour d'autres, elle n'a pas grand intérêt dans la mesure où les pharmaciens ne participent pas activement à la prise en charge globale du patient.

F. Amélioration de la prévention en médecine générale :

Tous les médecins interrogés s'accordaient sur le fait que la prévention en médecine générale nécessitait d'être améliorée.

8 médecins sur les 12 interrogés considéraient qu'ils ne faisaient pas assez de prévention dans leur cabinet.

« On ne fait plus assez de prévention, on fait beaucoup plus du curatif et quelque fois de manière rapide, et ce n'est pas bon mais cela est due au fait que la consultation est encombrée à chaque fois, et on revient à l'importance de l'éducation des patients, on n'éduque pas assez les patients à soigner les rhumes de leurs enfants, ils passent tout de suite par le médecin et cela encombre vraiment les plages de consultation, au détriment de la prévention et du dépistage » (M6).

Ce médecin soulève ainsi comme plusieurs autres le problème du manque de temps pour axer la médecine plus sur la prévention. En effet, les 8 médecins jugeant leur pratique en matière de prévention insuffisante incriminaient en premier lieu le manque de temps.

Ainsi, le médecin M10 disait « finalement chez les patients chroniques, il y a toujours une part de préventif, même lors d'une consultation banale, on rappelle les règles d'hygiène de base notamment par rapport à l'alimentation ou encore à la pratique sportive, ça peut leur apporter quelque chose, ça va dans le bon sens mais le problème c'est que ça reste assez chronophage ». Il termine en ajoutant « surtout qu'il y a des patients qui ne sont pas du tout réceptifs, ça dépend du profil des patients, il y a des personnes chez lesquelles le message passe très bien, et d'autres pas du tout mais il faut continuer même si parfois ça ne suffit pas, si on arrive à éviter certaines maladies chroniques c'est déjà ça ».

En effet, le manque de temps des médecins généralistes semble rester un problème majeur et un frein à la médecine préventive et au dépistage.

D'autre part, le médecin M9 disait « on fait plus de médecine curative aux dépens de la médecine préventive car les patients viennent de plus en plus que pour des problèmes aigus, ils sont devenus des consommateurs, même eux se voient désormais comme des clients, je n'aime pas du tout ce terme d'ailleurs... ».

De plus, le médecin M6 soulevait quant à lui un problème parallèle au manque de temps des médecins qui est celui du manque de médecin dans certaines régions françaises, dans certains villages les cabinets de médecine générale ne sont pas repris par les nouvelles générations qui privilégient l'installation en ville.

« Le manque de médecin est aussi un problème, s'il y a moins de médecins, on fera logiquement moins de prévention à l'échelle nationale, les nouveaux jeunes ne veulent plus reprendre des cabinets en campagne » (M6).

Parallèlement ce médecin soulève un autre aspect du problème en disant que : « ce manque de médecins aboutit à une certaine forme d'inégalités dans la prévention, les patients ayant moins accès aux soins sont moins sensibilisés à la prévention et ont de ce fait plus de risques de développer des maladies notamment les maladies chroniques comme le diabète de type 2, c'est là une vraie problématique » (M6).

En effet, en soulevant ce problème de l'accès aux soins, certains médecins généralistes, ceux exerçant depuis plus de 20 ans expliquent comment nous sommes passé d'une médecine préventive à une médecine beaucoup plus axée sur le curatif.

Par ailleurs, le médecin M8 soulevait quant à lui un autre aspect du problème de la prévention, celui du manque de structuration du volet prévention dans l'ONDAM, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

« Vous savez l'assurance maladie comme son nom l'indique traite et rembourse les malades, son objectif ce n'est pas de dépister... malheureusement... Un patient qui vient pour autre chose qu'une maladie, en principe n'est pas pris en charge par l'assurance maladie, par la sécurité sociale. Le dépistage en tant que tel est un acte médical à part entière mais ce n'est pas dans le champ de l'assurance maladie, on ne prend en charge que les « malades » (M8).

Alors, il faut effectivement que les textes prévoient dans l'ONDAM un volet de prévention et de dépistage à part entière, ce n'est pas le cas actuellement ». En effet, dans cet objectif national des dépenses de l'assurance maladie sont comptabilisés les dépenses des établissements

de soins, les soins reçus en ville et les établissements et services médico-sociaux.

D'autre part, certains médecins faisaient part de leur enthousiasme quant à la possibilité d'utiliser ce mode de dépistage du diabète de type 2 en officine de manière pérenne toute l'année afin de « permettre d'augmenter le nombre de patients dépistés ».

« Ce dispositif incite à la consultation médicale donc cela permet de dépister d'autres patients » (M1).

[Je suis] « tout à fait prêt à utiliser cette méthode de dépistage toute l'année dans le but d'améliorer notre pratique en termes de prévention » (M3).

« Pour ma part, j'encourage les médecins généralistes à participer à des campagnes de dépistage de masse, c'est par ce biais là qu'on pourra améliorer notre pratique » [car en effet, le dépistage] « reste primordial et d'utilité publique » (M6).

D'autre part, le médecin M10 disait que pour le diabète de type 2, « la prévention va prendre du temps dans la mesure où on s'attaque directement au mode de vie des patients, pour qu'ils soient conscient qu'il faut changer de comportement alimentaire, qu'il faut faire plus de sport, qu'il faut se faire dépister de manière précoce, tout cela demande du temps pour une prise de conscience collective ça ne se fait pas du jour au lendemain ».

« Cette notion de prise de conscience collective nécessaire place non seulement la médecine générale au centre de la prévention mais également au cœur de notre société... » (M12).

G. Une consultation dédiée au dépistage :

Plusieurs médecins interrogés lors de cette étude ont évoqué l'idée d'une consultation dédiée au dépistage en médecine générale. En effet, il n'y a pas encore de consultation spécifique dédiée uniquement au dépistage de manière régulière.

« Moi, je suis plus dans la médecine préventive car je suis convaincue qu'il faille agir bien en amont afin d'éviter le développement des maladies chroniques et surtout éviter les nombreuses complications secondaires, je me suis toujours posé la question pourquoi ne pas proposer aux patients une consultation de dépistage dédiée à la prévention, une consultation qui prendrait plus de temps mais qui serait « obligatoire » un peu comme les consultations de suivi en pédiatrie, que chaque patient au moins une fois dans l'année ou tous les deux ans, cela reste à définir, à voir le

médecin pour qu'il y ait un questionnement sur tous les dépistages possibles ainsi que les vaccinations, l'obésité, le tabagisme, l'alcool, le diabète et les risques cardiovasculaires » (M1).

Ce médecin soulève ainsi une question intéressante dans la mesure où une consultation de ce type permettrait comme le dit un des autres médecins interrogés « faire le point sur les facteurs de risque cardiovasculaires notamment le diabète de type 2 qui est complètement asymptomatique et qui souffre d'un retard diagnostique considérable » (M4).

Il est vrai que ce type de consultation dédiée à une problématique particulière existe en pédiatrie notamment au 4^{ème} mois, au 9^{ème} mois et à la 2^{ème} année de vie pour suivre le développement psychomoteur de l'enfant et mettre à jour le calendrier vaccinal.

Le médecin M3 soulevait une autre idée dans ce même thème celle comme il le dit dans son entretien « d'une consultation avec une cotation dédiée qui serait plus ou moins obligatoire et qui valoriserait le dépistage, celle-ci pourrait inciter les médecins à faire davantage de prévention et à intégrer le dépistage dans leur pratique quotidienne ».

Le médecin M4 disait lui à ce sujet « il est vrai que si une consultation entièrement dédiée au dépistage était cotée comme dans certains pays notamment l'Angleterre, on en ferait plus c'est sûr. Surtout que le dépistage du diabète de type 2 mériterait, à partir d'un certain âge, une consultation exclusivement dédiée à la prévention, au dépistage des facteurs de risques cardiovasculaire, une vraie consultation de prévention car c'est quand même la base de notre métier. Car une vraie consultation de dépistage ne se fait pas en 10 minutes, il faut vraiment prendre le temps avec les patients ».

Un autre médecin M6 souligne : « vous savez, s'il existait une cotation pour le dépistage, on en ferait à tous les patients et ce n'est pas rien » (M6). Par ailleurs il ajoute « qu'il faudrait reconnaître pour une fois le travail du médecin généraliste à sa juste valeur car par moment on reste une heure en consultation avec certains patients pour diverses raisons et notamment pour lui expliquer certaines choses mais le tarif de notre consultation reste le même ».

Dans le même registre le médecin M7 pourtant pas du tout convaincue par cette campagne de dépistage disait « une consultation dédiée avec une cotation particulière pourrait nous aider à faire plus de dépistage car en effet, c'est à nous de faire de la prévention, pas au pharmacien, on sait pourquoi on prescrit un bilan sanguin, à qui on le prescrit et on assure le suivi, ce que ne fait pas le pharmacien, la prévention reste la base de notre métier de médecin de famille car notre objectif reste le maintien en bonne santé de notre patientèle ».

Un des autres médecins interrogés (M8) exprimait quant à lui une autre idée captivante, il disait « pourquoi ne pas ouvrir la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) aux consultations de dépistage ». En effet, « cela permettrait aux médecins généralistes de valoriser leurs actes et leur démarche en termes de santé publique notamment pour les maladies chroniques comme le diabète ».

Le médecin M9 disait quant à lui « Pourquoi ne pas coter une consultation dépistage avec le Findrisc, aujourd'hui il n'y a pas de cotation pour le diabète. Maintenant, dans la ROSP, on nous demande de dépister les facteurs de risques cardiovasculaires mais il n'y a pas de cotation pour ça, donc c'est un peu contradictoire... mais ça doit faire partie de notre bénévolat, vous savez qu'on fait beaucoup de choses bénévolement... (rires...) ».

Un autre médecin, le M11 disait : « vous imaginez les avantages d'une consultation régulière plus ou moins obligatoire avec les patients les plus à risque, on pourrait évoquer avec eux plusieurs aspects de leur mode de vie, notamment l'alimentation, l'activité physique, leur consommation en termes de substances psychoactives comme le tabac ou l'alcool, pour les plus jeunes on pourrait leur parler des infections sexuellement transmissibles, bon c'est un autre sujet je vous l'accorde mais on pourrait les inciter à se faire dépister eux-aussi ».

Il insistait sur ce point en ajoutant « le fait est que le médecin de famille connaît bien sa patientèle, parfois sur plusieurs générations, il a un vrai pouvoir de persuasion et c'est là-dessus que nous devons concentrer nos efforts afin que nos actions ne soient pas vaines ».

Ainsi, plusieurs médecins interrogés ont évoqué leur enthousiasme et leur volonté de faire davantage de prévention et de dépistage au sein de leur cabinet médical. Cette opportunité qu'ils évoquent quasiment tous au sujet d'une consultation dédiée au dépistage et à la prévention s'avère être une idée intéressante qui mérite d'être approfondie.

H. Les points positifs de cette campagne de dépistage :

Les médecins appelés dans cette étude à donner leurs points de vue concernant les points positifs de cette campagne de dépistage en ont dénombrés plusieurs. En effet, plusieurs médecins (M2, M5, M6, M9, M10, M11) ont jugé « cette campagne comme étant une campagne d'utilité publique dans la mesure où elle remet en première ligne la prévention et le dépistage d'une pathologie chronique constituant de nos jours un problème majeur de santé publique ».

« Cette étude permet une première amorce qui pourrait aboutir à une réelle prise de conscience de la part des patients concernant cette maladie insidieuse » (M5).

Le médecin M1 ainsi que plusieurs autres s'accordaient à dire au sujet de cette campagne « que deux des nombreux points positifs de cette campagne expérimentale est qu'elle propose aux patients un test de dépistage qui est rapide (à savoir le questionnaire FindRisc et une glycémie capillaire) et gratuit ».

Le médecin M6 insistait sur la gratuité de ce test : « il est vrai que le fait que ce dépistage soit totalement gratuit démontre l'intérêt des autorités sanitaires à améliorer les pratiques en termes de dépistage et de santé publique ».

Par ailleurs, le médecin M9 évoquait quant à lui le fait que cette campagne expérimentale permettait de « toucher plus de patients que ceux qui viennent seulement en consultation, il y a beaucoup de patients qui désormais consomment des médicaments en se rendant directement en officine, cette campagne permet dès lors d'élargir le nombre de patient dépistés, et permet d'aller chercher les patients qui n'ont pas l'habitude d'aller chez le médecin traitant ».

Un des autres médecins interrogés pensait que « cette campagne permettait d'aider certains patients à surmonter leur phobie du médecin ou du cabinet médical en ayant en officine un contact peut être plus familier, moins paternaliste » (M5).

Le médecin M12 installé juste au-dessus d'une officine mettait en évidence le fait « que cette campagne ait amélioré la communication entre médecins et pharmaciens, communication qui se fait habituellement seulement de manière indirecte voire qui est quasi-inexistante dans certaines communes ».

Le médecin M11 soulevait quant à lui une toute autre problématique montrant également un des intérêts de ce genre de campagne en disant

« vous savez, il y a des patients qui n'ont malheureusement pas de médecin traitant et cette campagne permet d'aller dépister ces patients-là qui ne consultent pas ou qui passent souvent par les services d'urgences et qui se rendent directement en officine pour chercher les médicaments prescrit à chaque fois par un intervenant différent ».

Les médecins M1, M3, M4, M8, M9, M10 et M12, habitués à travailler en groupe car installés en association dans un pôle de santé ou dans une maison médicale soulevaient quant à eux une nouvelle fois « l'importance d'un travail collaboratif entre différentes instances que sont l'URPS médecins libéraux, l'URPS pharmaciens et l'ARS Grand Est dans une initiative de santé publique ».

En outre le médecin M8 disait : « il est important de mobiliser les médecins généralistes en association avec les autres professionnels de santé du secteur dans une campagne de dépistage du diabète de type 2 dans la mesure où cette maladie chronique concerne tous les professionnels ».

Plusieurs autres médecins intégrés dans cette campagne évoquaient le fait que cette campagne permettait « de remettre la prévention au cœur de notre action », afin d'améliorer « nos pratiques en termes de dépistage ».

En effet, le médecin M10 disait à ce propos : « au moins cette campagne a pour avantages indéniables de parler du diabète de type 2 aux patients afin de leur faire comprendre que cette maladie chronique, qui plus est insidieuse nécessite une attention particulière », il est vrai que « j'ai pu au moins rappeler aux patients que j'ai vu en consultations les règles hygiéno-diététiques de base afin de les sensibiliser à certaines mauvaises habitudes de vie et rien que pour ça c'est positif ».

Par ailleurs, le médecin M9 disait « eh bien cette campagne à un impact positif sur les patients puisqu'ils sont venus consulter après ce dépistage en officine, donc ça prouve que ça permet une certaine sensibilisation sur le diabète ».

Autre point positif évoqué par le médecin M11 est celui de « responsabiliser le pharmacien, en effet, il ne peut pas se cantonner à la délivrance pure et simple des médicaments, c'est trop facile, il a je pense un rôle à jouer dans la santé publique et pourquoi pas dans la prévention et le dépistage ».

Il apparaît clairement au fil des témoignages que nous avons pu recueillir lors des différents entretiens que cette campagne a permis aux médecins de rappeler aux patients l'importance du dépistage du diabète de type 2, le caractère asymptomatique de cette pathologie ainsi que l'importance des règles hygiéno-diététiques de base à respecter.

I. Les points négatifs de cette campagne de dépistage :

Cependant, plusieurs des médecins interrogés lors de notre étude ont soulevés un certain nombre de points négatifs de cette campagne de dépistage expérimentale qui méritent d'être mentionnés.

En effet sept médecins ont soulevé la problématique de « la campagne de communication qui reste à améliorer ».

A ce propos le médecin M2 (le plus jeune médecin interrogé) évoque son incompréhension face « au manque de communication sur les réseaux sociaux, [pour lui], il est inconcevable de lancer une telle initiative sans communiquer sur ces réseaux pour toucher également les plus jeunes et pourquoi ne pas utiliser la radio et même la télévision ».

Ainsi, le fait que certains patients et même certains médecins n'aient pas été informé du lancement de cette campagne de dépistage reste certes problématique. Le médecin M9 disait : « il faut, mieux informer les médecins car s'ils ne sont pas au courant, ils ne peuvent pas véhiculer l'information et c'est dommage ».

Par ailleurs, le médecin M1 évoquait la nécessité d'un suivi, en effet, il disait : « effectivement si on trouve une glycémie capillaire anormale et que le patient reste dans sa bulle, s'il ne consulte pas et qu'il n'y a pas de suite c'est très dommage. Il faut qu'il y ait absolument une continuité, une communication avec le médecin traitant, sinon cette démarche n'a aucun intérêt... ».

Concernant la période de déploiement de la campagne, 6 des médecins interrogés déploraient le fait qu'elle ait été « assez brève », en effet, « il faut du temps pour que les patients puissent se faire dépister et pourquoi ne pas mettre en place ce protocole toute l'année, je vous avoue que sur

une période aussi courte, cette campagne n'a pas eu d'impact majeur sur ma pratique en termes de dépistage » (M11).

Un des autres médecins évoquait le fait qu'effectivement « la période de déploiement n'était pas la plus optimale dans la mesure où elle concordait avec la période de vaccination antigrippale et donc les pharmaciens avaient de ce fait moins de temps à consacrer au dépistage du diabète de type 2 ». En effet, la période de déploiement de cette campagne expérimentale coïncidait avec la campagne de vaccination antigrippale comme évoqué précédemment dans notre exposé.

D'autre part, le médecin M8 déplorait également le fait que « le pharmacien ne connaisse pas la suite de la prise en charge, il ne peut pas expliquer une maladie chronique aussi complexe que le diabète comme un médecin ». En effet, le manque de formation des pharmaciens à l'égard des maladies chroniques était pour ce médecin un point négatif de l'étude.

Le médecin M6 mentionnait quant à lui « la multitude d'étapes dans le protocole expérimental », il disait « il faut absolument alléger ce protocole si on veut que les pharmaciens puissent réaliser ce dépistage sur le long terme, ça peut être lourd et long pour eux à mettre en place et s'ils n'adhèrent pas complètement au protocole ça ne peut pas marcher ».

Le médecin M7 exprimait le fait que ce dépistage en officine « n'avait pas beaucoup de valeurs étant donné que c'était réalisé par des pharmaciens », en effet il disait : « la réalisation et l'interprétation d'une glycémie est un acte médical et c'est tout, le patient on lui fait seulement une glycémie capillaire sans prendre en compte le reste, en même temps il faut vérifier le taux de cholestérol, d'acide urique, la fonction rénale, il y a certainement une prise en charge plus globale d'un syndrome métabolique plutôt que de se contenter que de la glycémie mais bon... ».

De plus, un autre des médecins de l'étude évoquait « l'intérêt financier premier des pharmaciens dans ce genre de campagne » il déplorait le fait que « les pharmaciens soient mobilisés seulement quand il y a de l'argent en jeu », il disait à ce propos « je doute que la santé publique soit une des priorités des pharmaciens d'officine » (M6).

Ainsi, outre les points positifs de cette campagne de dépistage mis en évidence dans notre étude, elle soulève également un certain nombre de points négatifs et un certain nombre de préjugés parfois infondés entre les différents professionnels de santé impliqués. En effet, les médecins interrogés ont émis leurs différents points de vue sans filtre et il apparaît que cette étude n'ait pas fait l'unanimité et qu'il reste des pistes d'amélioration pour une future campagne.

IV) Discussion :

A. Forces de l'étude :

Ce travail de thèse permet d'étudier le ressenti de médecins généralistes haut-rhinois concernant une campagne de dépistage expérimentale du diabète de type 2 en officine ainsi que l'impact de cette dernière sur leur pratique.

Cette étude a permis de recueillir le ressenti des médecins et d'analyser leurs différents points de vue sur divers thèmes en relation avec leur pratique en matière de dépistage et la manière de voir et de pratiquer la prévention au quotidien en cabinet de médecine générale. L'intérêt des entretiens individuels réside dans le fait que les médecins interrogés puissent exprimer leur ressenti, leurs opinions sans être interrompus permettant ainsi une certaine subjectivité jusqu'à saturation des données. L'échantillon des différents médecins généralistes interrogés est suffisamment varié en sexe, en âge, en mode d'exercice et en situations géographiques pour explorer différents profils et avis de médecins généralistes permettant de proposer des pistes d'analyse et d'amélioration éventuelles.

En effet, l'analyse inductive généralisée permet d'explorer un maximum de point de vue, cependant seule une étude quantitative à grande échelle permettra de vérifier les résultats obtenus.

Par ailleurs, cette étude a permis l'évaluation d'une campagne de dépistage expérimentale par ses propres acteurs, ce qui est intéressant pour développer le protocole de cette dernière et permettre son amélioration en cas de reconduite d'une telle campagne dans d'autres régions, voire au niveau national.

Faisant parti à titre personnel du comité de pilotage de cette campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine, en lien avec l'URPS médecins libéraux, ce travail de thèse servira à l'élaboration d'une troisième campagne enrichie par ces diverses expériences recueillies et par des pistes d'améliorations citées dans ce travail.

B. Limites et freins de l'étude :

Cette étude qualitative comme toute étude scientifique peut comporter certains biais, en effet, il faut citer l'existence de ceux qui sont inhérents à la méthodologie utilisée.

Les études qualitatives souffrent essentiellement du biais de sélection d'une part et du biais d'autocomplaisance d'autre part.

Concernant le biais de sélection, il est vrai que les médecins ayant accepté de participer à cette étude étaient inclus dans le protocole expérimental soit de manière volontaire, soit de manière involontaire car les patients ayant au préalable bénéficié du dépistage en officine sont venus à leur consultation pour une confirmation ou une infirmation du diagnostic de diabète de type 2. Les entretiens étaient cependant non directifs, ce qui a permis une libre exposition des différents points de vue des médecins ainsi que leur ressenti et les impacts de cette campagne de dépistage. Les entretiens étaient relativement courts, avec une durée moyenne de 20 minutes.

Par ailleurs, la taille de l'échantillon de médecins interrogés est également à prendre en compte dans le degré de généralisation des données mais les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à l'absence de l'émergence d'idées nouvelles dans deux entretiens consécutifs.

De plus, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal, ce qui ne rend pas toujours compte de la communication physique et des mimiques de chaque intervenant, donc certains arguments n'ont pas été retranscrits comme les médecins voulaient les exprimer initialement. Nous

nous sommes efforcés de les retranscrire de la manière la plus originelle possible afin de limiter ce biais.

Le biais d'autocomplaisance est également présent, en effet, il résulte du fait que les médecins généralistes interrogés endossent plus facilement la responsabilité de leur réussite, résultant selon eux de leur implication dans la prévention et le dépistage mais rejettent la responsabilité de leurs échecs dus selon eux à des causes externes. Il convient pour limiter ce biais d'interroger sur les causes externes de réussite et les causes internes d'échec, ce que nous avons essayé tout au long de l'analyse.

En effet, le manque de temps avancé par plusieurs médecins généralistes comme frein à leur pratique en termes de prévention et de dépistage est tout à fait relatif, soumis à une gestion optimale des emplois du temps et donc une notion à relativiser. D'autre part, le fait qu'il n'y ait pas de consultation dédiée à la prévention est selon les médecins généralistes interrogés préjudiciable à l'assurance maladie, or l'assurance maladie ne doit pas nous dicter notre conduite médicale. De plus, dire que les pharmaciens sont des concurrents à notre pratique médicale semble complètement illusoire dans la mesure où nous pouvons travailler ensemble, mettre en place des protocoles, améliorer notre communication dans un but de santé publique où la satisfaction première et prioritaire serait la prise en charge du patient et non pas notre propre considération.

Un autre biais peut être personnel dans la mesure où je suis personnellement impliqué dans le comité de pilotage de cette campagne expérimentale de dépistage du diabète de type 2 en officine. En effet, il existe un biais de fixation sur l'objectif, il se peut que mes questions ou mes interventions durant les entretiens aient été de manière consciente ou inconsciente orientées afin d'obtenir des réponses spécifiques étant moi-même investi dans ce projet et convaincu de l'intérêt d'un travail collaboratif pour améliorer la prévention en médecine générale. Cette attitude a pu être un facteur limitant de l'étude.

C. Perspectives :

Le diabète de type 2 constitue un enjeu majeur de santé publique en France et dans le monde selon l'OMS (12). Le retard diagnostique dont souffre cette pathologie chronique est non seulement préjudiciable pour les patients qui sont plus enclins à développer des complications secondaires mais également pour la collectivité pour le coût engendrés par ses dernières. C'est pour cela qu'il est impératif de mieux organiser le dépistage de cette maladie insidieuse pour la prendre en charge le plus précocement possible et ainsi endiguer cette épidémie.

1. Le médecin généraliste : au cœur de la médecine préventive

S'il y a un point sur lequel nous pouvons agir pour la généralisation du dépistage de masse du diabète de type 2, c'est celui du médecin généraliste. En effet, il est au cœur du dispositif des dépistages en général et celui du diabète en particulier. Il est, grâce à sa connaissance de ses patients et de leurs antécédents, au carrefour de la médecine préventive. Il est le plus à même de convaincre sa patientèle que cette pathologie chronique nécessite une mobilisation en amont des premiers symptômes, une éviction des conduites à risque, et un dépistage précoce.

Par ailleurs, le médecin généraliste représente un véritable trait d'union entre la médecine curative et la médecine préventive (13). En effet, il est, d'une part le premier professionnel de santé consulté en cas de problèmes aigus, et d'autre part, il est impliqué à plusieurs niveaux dans la prévention. Il est impliqué dans les campagnes nationales de dépistage et les programmes de santé publique comme nous l'avons cité précédemment dans les campagnes de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein. Il est également impliqué dans les campagnes publiques incitatives en ce qui concerne l'obésité, le tabagisme, le dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Ces démarches de prévention peuvent être individuelles ou collectives. Elles demandent néanmoins une forte implication des patients et conduisent à d'importants changements de comportements qu'il incombe aux médecins généralistes d'accompagner au mieux dans un principe de bienfaisance.

En effet, comme nous l'avons vu dans notre étude, les médecins généralistes interrogés considéraient leur pratique en matière de prévention comme insuffisante, par manque de temps, par manque d'implication de la part des patients, mais aussi par manque de structuration dans leur pratique quotidienne.

Cependant, ils sont tout à fait conscients que leur pratique et leur implication dans la prévention passe par l'éducation thérapeutique. Nous avons vu en effet tout au long de notre étude que les médecins généralistes consacraient une grande partie de leur temps médical à l'éducation thérapeutique.

Il est vrai que l'éducation des patients joue un rôle prépondérant comme l'ont très justement mis en évidence les médecins généralistes interrogés lors de cette étude dans l'objectif d'une prise de conscience plus collective. Le patient doit prendre conscience qu'il est le principal acteur de sa santé, qu'il est au cœur de sa prise en charge, que son comportement a un impact sur cette dernière et qu'il doit changer ce comportement pour une meilleure santé.

Dans le contexte actuel de développement des maladies chroniques faisant suite à la dégradation du mode de vie et face à la baisse de la

démographie médicale, renforcer cette éducation représente l'enjeu majeur de notre génération.

Ce qui est attendu d'une éducation préventive optimale est un changement profond des comportements, ainsi qu'une responsabilisation des patients.

Ce type de campagne de dépistage d'une maladie chronique permettent aux médecins généralistes de remettre en avant certaines règles hygiéno-diététiques du quotidien et permettent de renforcer cette éducation thérapeutique(14).

Par ailleurs, cette notion d'éducation thérapeutique peut également intervenir en amont de la maladie, c'est-à-dire, faire partie intégrante de la prévention primaire. En effet, en inculquant aux patients certaines habitudes de vie, en promouvant un comportement responsable, une activité physique régulière, une hygiène de vie alimentaire, les médecins généralistes peuvent faire adhérer leurs patients à une attitude préventive.

Ainsi, l'adhésion du patient au dépistage et à la médecine préventive va dépendre de cette éducation et de l'information qu'il aura eu de son médecin généraliste.

2. Le dépistage : une nécessité implicite

Un dépistage et une prise en charge précoce permettra sans aucun doute de retarder l'apparition du diabète voire de l'éviter complètement pour certains patients et de limiter l'apparition des complications secondaires pour d'autres.

Son dépistage précoce reste donc primordial. Pour cela, il faut comme dans tout dépistage, augmenter le taux de participation.

En effet, la population française étant vieillissante, il faut s'attendre comme nous l'avons dit précédemment à une augmentation du nombre de cas de diabète de type 2 dans les années à venir.

Cependant, pour qu'un dépistage de masse soit efficace, il faut qu'il ait certaines caractéristiques que le Dr Boulahtit a mis en évidence dans son travail de thèse sur le dépistage du cancer colorectal (16).

Ainsi, la méthode de dépistage de masse requiert :

- Une sensibilité satisfaisante
- Une spécificité élevée
- Une simplicité de réalisation
- Une bonne reproductibilité

- Une sécurité d'emploi
- Une bonne acceptabilité
- Un bon rapport coût/efficacité

Le dépistage de masse doit être coordonné entre différents professionnels de santé travaillant de concert et doit faire l'objet d'une évaluation régulière.

C'est là qu'intervient ce travail collaboratif dont il est question dans notre étude et cette coordination pourrait éventuellement se faire dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) avec la mise en place d'un protocole entre médecin, pharmaciens libéraux et infirmières libérales, éventuellement en association avec le dispositif ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe, qui est un dispositif de coopération pluriprofessionnelle spécialisé dans l'éducation thérapeutique) (15).

3. La collaboration interprofessionnelle : une alternative d'avenir

En effet, comme nous l'avons mis en évidence lors des entretiens auprès de nos confrères, la mise en place de ce travail collaboratif ne peut être que bénéfique pour une meilleure prise en charge de nos patients. D'une part en améliorant notre communication d'un point de vue professionnel et d'autre part en mettant en place des protocoles communs.

En effet, il faut absolument que tous les professionnels de santé d'un secteur donné aient un discours commun en termes de dépistage d'une maladie chronique comme le diabète de type 2, ainsi qu'une volonté commune de s'engager dans des mesures préventives sur le long terme.

D'autre part, outre l'association dans les réseaux de soins et les CPTS, il incombe aux médecins généralistes de s'associer aux pharmaciens libéraux dans la mesure où le pharmacien représente un maillon essentiel dans l'application des recommandations des pouvoirs publics.

L'implication de ce dernier se justifie par sa position clé face aux patients et par la nécessité de travailler de manière collaborative avec tous les professionnels de santé du secteur afin de prévenir le diabète de type 2 et ses complications comme le recommande le programme de la Saint Vincent.

En effet, c'est à l'initiative de la Fédération Internationale du Diabète en 1989 que les représentants des services de santé, les associations nationales de diabétiques ainsi que des ministères de Santé des principaux pays européens se sont rassemblés à Saint-Vincent, en Italie, pour donner naissance à la Déclaration de Saint-Vincent(17).

Cette déclaration vieille de 31 ans est aujourd'hui même au cœur de l'actualité et de l'avenir. En effet, le gouvernement actuel a entamé une

réforme du système de santé libéral, le plan « Ma santé 2022 » qui préconise le développement des réseaux de soins (18).

Cette stratégie vise à donner aux professionnels de santé les moyens de créer des collectifs de soins afin, entre autres, de garantir aux citoyens l'accès à un médecin traitant, accroître l'accès à la prévention et organiser une filière de soins externes afin de désengorger les services d'urgences. Ce projet a pour but une coopération entre médecins et autres professionnels de santé conventionnés ou non.

Ces structures d'accueil des patients sous forme de CPTS ont également pour but de pallier un autre problème, qui est celui du frein démographique au développement de la prévention lié au manque de médecins dans certaines régions françaises.

En effet, les unions régionales de professionnels de santé libéraux (URPS), en association avec les fédérations de structures d'exercice ainsi qu'avec les autres partenaires comme l'Association Française des Diabétiques, les hôpitaux périphériques doivent s'investir afin d'accompagner les patients de la meilleure manière possible dans la prévention et dans les soins externes afin de garantir à chacun une égalité d'accès à la médecine de demain.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans notre étude, le pharmacien constitue un relais intéressant, en effet, il a un rôle à jouer à chaque niveau de la prévention des maladies cardiovasculaires, notamment en ce qui concerne le diabète de type 2. Il représente un professionnel de santé incontournable, il est facile d'accès, son contact quotidien avec un grand nombre de nos patients lui confère une réelle légitimité. Plusieurs d'entre eux d'ailleurs lui demandent déjà des conseils médicaux tout au long de l'année. De plus, il est aisé pour lui, grâce à ces contacts répétés, de recueillir de nombreuses informations sur les patients, lui permettant en outre, de suspecter la maladie, d'estimer l'observance thérapeutique ainsi que la manière dont les patients contrôlent leur état de santé.

En outre, le Dr Badia Docteur en pharmacie, dans son travail de thèse (19) a montré que les patients sont assez réceptifs aux instructions et consignes données par le pharmacien, il joue donc un rôle essentiel en conseillant les patients d'adopter un mode de vie permettant de prévenir l'apparition du diabète. Ces actions peuvent être mise en place dans le cadre de l'officine à échelle individuelle ou de manière plus collective vers le public sous formes de campagnes d'informations et de sensibilisation.

En effet, la promulgation de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) en 2009(20), a instauré de profondes modifications du métier de pharmacien d'officine en consacrant l'exercice par ce dernier de nouvelles missions de service public. Prévention et dépistage, conseils personnalisés, correspondant d'équipe de soins, sont autant de domaines dans lesquels le pharmacien peut dorénavant s'impliquer, confirmant son

rôle clé dans notre système de soins, pour une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé intervenant dans un secteur (21).

Nous pouvons pour cela nous aider des exemples de l'organisation des systèmes de réseaux territoriaux de santé. En effet, inscrit dans la loi depuis 2002, ces réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs intervenants dans le parcours de soins d'un patient (acteurs sanitaires et sociaux). En France, il existe depuis 2011, 716 réseaux de soins, financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) devenu le Fond d'Intervention Régional (FIR) en 2012 (22).

4. Le budget Prévention : un objectif ambitieux

Il y a ainsi des fonds attribués à la mise en place de réseaux de soins au niveau régional, on en vient à un des arguments avancés par un médecin généraliste interrogé lors de notre étude qui est celui de l'organisation d'un volet prévention au sein de l'ONDAM (Objectif National des Dépense d'Assurance Maladie)(23). En effet, cet objectif, fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale pourrait intégrer un volet « Prévention » pour lequel serait éventuellement alloué un budget à part entière.

Ce dernier pourrait servir au financement de la « Consultation Prévention » mise en avant par plusieurs médecins généralistes comme une alternative incitative afin d'améliorer leur pratique en termes de dépistage et de prévention. En effet, les médecins généralistes constituent comme nous l'avons vu le cœur de la médecine préventive. Cependant, ils déplorent le manque d'incitations positives pour en faire davantage, et c'est à ce niveau que nous pourrions déployer nos efforts, afin d'instaurer des consultations spécifiques rémunérées et de valoriser le temps médical.

5. La communication : un outil incontournable

Par ailleurs, un autre point essentiel de cette étude est la communication. En effet, nous avons vu au travers des entretiens qu'une communication optimale est indispensable au succès d'une campagne de dépistage. Cette communication doit être davantage centrée sur les patients que sur les médecins qui eux connaissent les dangers du retard diagnostique du diabète de type 2.

En effet, devant le caractère asymptomatique de cette pathologie, il convient d'informer et de sensibiliser la population générale sur l'importance d'un dépistage de masse le plus précoce possible. C'est la plupart du temps par défaut d'informations que les patients ne se font pas dépister. Nous nous devons d'apporter cette information en tant que

médecins généralistes, avec l'aide des pouvoirs publics, afin de faire prendre conscience à nos patients qu'un dépistage précoce du DT2 pourrait permettre une prise en charge précoce plus légère avec moins de complications secondaires et qu'un changement de nos habitudes de vie pourrait retarder au maximum le développement de cette maladie insidieuse.

Cependant, une prise de conscience collective n'est possible que si une prise de conscience individuelle s'opère préalablement.

Par ailleurs, l'utilisation des réseaux sociaux, de la télévision ou de la radio pourrait permettre d'accroître le nombre de patients informés de l'importance du dépistage et pourrait inciter les patients à venir se faire dépister plus facilement.

Parallèlement, certaines complémentaires santé proposent une consultation de dépistage à titre gratuit à raison d'une fois tous les 2 ans pour une part d'entre elles et tous les 3 ans pour d'autres. Cependant, ces consultations sont le plus souvent proposées par des complémentaires très chères et donc inaccessible à toute la population, ou alors sont proposées de manière trop tardive chez une personnes âgée qui est déjà hypertendue, diabétique, avec d'autres comorbidités associées et qui bénéficie donc déjà d'un suivi médical étroit.

Ces consultations ne représentent donc pas une alternative fiable pour améliorer nos pratiques en termes de prévention.

Il faut par conséquent, fédérer tous les professionnels de santé autour d'un objectif commun de prévention. En effet, pour une prise en charge précoce du diabète de type 2, nous devons inciter davantage les médecins généralistes à travailler de manière collective avec leurs collègues également impliqués dans cette dernière. Grâce à la mise en place de telles campagnes de dépistage et de mesures incitatives positives, nous serons alors capables de mobiliser les professionnels sanitaires autour d'un projet de prévention établi à l'avance. Nous pourrions mettre en place à l'avenir des objectifs chiffrés de santé publique chaque année afin d'évaluer la portée des mesures et des décisions prises.

Il existe depuis le premier janvier 2012 une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) (24) prévoyant une rémunération annuelle sous forme de prime des médecins généralistes visant à améliorer la qualité des pratiques médicales. Cette ROSP a été revue en aout 2016 (25) afin de renforcer la pertinence du dispositif et de l'actualiser au regard de l'évolution des connaissances et des référentiels médicaux. Cependant, dans cette démarche incitative, l'évaluation des médecins généralistes en termes de santé publique se fait de manière déclarative et non chiffrés pour chaque médecin. C'est à ce niveau que l'on pourra faire évoluer cette ROSP avec à l'avenir des objectifs chiffrés pour chaque médecin

généraliste en fonction de son lieu d'exercice, de sa patientèle et de la prévalence des maladies dans la région concernée.

V) Conclusion :

Au terme de cette étude, il apparaît clairement que le diagnostic et surtout la prise en charge précoce du diabète de type 2 font partie des actions importantes de prévention du médecin généraliste, réalisées au quotidien.

En effet, les conséquences sanitaires et économiques des complications secondaires de cette pathologie chronique sont majeures et représentent les défis de notre génération et de celles à venir. Devant le vieillissement de la population, la détérioration du mode de vie, le développement de la sédentarité, la prévalence du diabète de type 2 est en perpétuelle augmentation en France, en Europe et dans le monde entier.

C'est dans cette optique que nous avons menés notre étude sur cette campagne expérimentale de dépistage du diabète de type 2 en officine, afin d'évoquer la problématique de ce dépistage en médecine de ville et de recueillir le ressenti des médecins généralistes y ayant participé.

A cette occasion, nous avons étudié la place du médecin généraliste dans une campagne de dépistage expérimentale afin de montrer son importance capitale dans ce type d'initiative d'utilité publique.

Pour cela, nous nous sommes entretenus avec 12 médecins généralistes au sujet de cette campagne ayant eu lieu dans leur département. Leur moyenne d'âge était de 48 ans.

7 d'entre eux étaient installés en collaboration en maison médicale ou au sein d'un pôle de santé et 5 d'entre eux étaient installés de manière individuelle. 9 des 12 médecins généralistes interrogés étaient au courant de l'étude en cours, 3 d'entre eux ont été informés de manière indirecte soit par leur patient ayant bénéficié de ce dépistage, soit via leur messagerie sécurisée après réception de résultats biologiques.

A l'issue de ce travail de thèse, nous avons pu identifier les freins du dépistage et de la prévention en médecine de ville et nous proposons certaines pistes d'amélioration pour de futures campagnes de dépistage du diabète de type 2.

En effet, dans notre étude, il apparaît, à la suite des différents entretiens réalisés, un certain nombre de freins qui limitent la prévention en médecine générale. Parmi ces derniers, nous retrouvons le manque de temps exprimé par plusieurs médecins. En effet, ce facteur limitant est tout à fait compréhensible devant la multitude de tâches réalisées par le médecin généraliste au quotidien. Cependant, cela reste une notion à relativiser, car le temps est soumis à une gestion des emplois du temps de chacun.

D'autre part, le manque d'information des patients s'avère être également un frein au dépistage et à la prévention selon les médecins généralistes interrogés dans la mesure où l'adhésion des patients dépend directement de ce niveau d'information.

Par ailleurs, le manque de mesures incitatives positives vis-à-vis des médecins généralistes, notamment financière afin de valoriser le temps médical constitue également un frein au développement de la prévention en cabinet de médecine de ville. En effet, les médecins interrogés déplorent ce manque de moyens et ce manque de structuration du budget de l'assurance maladie au niveau de l'ONDAM en termes de médecine préventive. Il est clair qu'avec plus d'alternatives motivationnelles, les médecins généralistes feraient davantage de prévention.

En outre, un autre frein au dépistage et à la prévention dans certaines régions françaises reste le manque de médecins dans ces régions. Cette problématique soulève une forme d'inégalités face à la prévention. Ainsi, dans des régions sous-dotées en offre de soins de proximité, le recours à la prévention et au dépistage est presque inexistant et c'est dans ces régions que l'on retrouve des cas de diabète plus compliqués, souffrant d'un diagnostic encore plus tardif.

Notre travail de thèse permet ainsi d'extraire certaines pistes d'améliorations possible afin de promouvoir davantage la prévention et le dépistage en médecine générale.

En effet, en améliorant dans un premier temps la sensibilisation des patients au problème du diabète de type 2 par la délivrance d'une

information claire et appropriée à chacun, nous pourrions amener les patients à adhérer davantage à la médecine préventive.

D'autre part, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'établissement d'un volet « Prévention » à part entière dans le budget de l'assurance maladie contribuera sans nul doute à améliorer nos pratiques quotidiennes en termes de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires. Ce budget servirait d'une part à revaloriser les consultations de médecine générale en rapport avec la prévention avec la mise en place d'une éventuelle « Consultation Prévention ». Cette « Consultation Prévention » représenterait une alternative possible afin de lutter contre le diagnostic tardif de certaines maladies chroniques et le développement de complications secondaires graves. En effet, en sensibilisant le patient et en lui expliquant l'importance de son implication quotidienne pour sa santé, nous arriverons alors à lui faire prendre conscience que « mieux vaut prévenir que guérir ».

Ce budget servirait d'autre part à renforcer les liens entre la médecine de ville et les réseaux de soins hospitaliers, et à promouvoir une collaboration interprofessionnelle. Cette dernière ayant pour but d'améliorer la prévention et les démarches de dépistage en médecine générale. Ce travail de fond qu'il incombe aux médecins généralistes de coordonner avec les autres professionnels de santé du secteur devra reposer sur une volonté commune de s'engager sur le long terme afin d'améliorer les pratiques préventives.

Nous avons pu mettre en évidence dans notre étude les avantages d'un travail collectif et d'un discours commun dans la prise en charge précoce du diabète de type 2.

Cependant, au travers de cette dernière, nous avons pu mettre en évidence une dualité dans la pratique des différents médecins généralistes. En effet, nous avons extrait de notre analyse deux visions différentes des médecins interrogés : ceux exerçant seul dans leur cabinet et ceux exerçant dans des pôles de santé ou des maisons médicales déjà confrontés au travail collaboratif.

Il s'avère que le médecin adhère d'autant plus à une action de dépistage pluriprofessionnelle s'il a déjà l'habitude de travailler avec les autres professionnels de santé et que ceux travaillant seuls sont plus réticents à ce genre de pratique.

Par ailleurs, à travers notre étude nous avons pu constater une forte implication des médecins généralistes en termes d'éducation thérapeutique à but préventive et d'informations délivrées aux patients afin d'améliorer la prévention en médecine générale.

De telles campagnes de dépistage permettent de remettre la médecine préventive au cœur de l'action sanitaire des professionnels engagés. Ces

derniers sont complètement conscients du rôle central qu'ils occupent dans la prévention en médecine générale, cependant ils déplorent le manque de temps et de moyens pour assumer ce rôle.

En effet, il apparaît dans notre étude que de telles ambitions nécessitent des moyens à mettre à la disposition des professionnels de santé en matière de prévention avec la multiplication d'incitations positives afin d'accroître leurs champs d'action.

En outre, des campagnes de dépistage de ce type permettent non seulement de sensibiliser les patients à cette maladie chronique mais permet également de diffuser à grande échelle les notions de règles hygiéno-diététiques à suivre et des mesures préventives plus générales qui permettront d'éviter l'apparition d'un diabète. Ceci afin de développer une prise de conscience individuelle, préalable indispensable à une prise de conscience collective.

En effet, nous avons pu constater récemment le manque de mesures préventives dont souffre notre système de santé durant la crise sanitaire que nous avons subie. Il s'agit pour les générations à venir d'éviter la récurrence d'une telle crise et le développement d'autres.

Pour cela, des mesures préventives efficaces avec des campagnes de dépistage devront être mises en place à plus grande échelle et au niveau national afin d'endiguer l'incidence et les complications du diabète de type 2 en France et dans le monde.

C'est grâce à des initiatives comme celles représentées par le développement des CPTS que ce travail collaboratif pourra se mettre en œuvre en impliquant tous les professionnels de santé dans un but commun et le plan « Ma santé 2022 » mis en place par le gouvernement actuel va dans le sens du développement de l'interprofessionnalité.

En effet, ce n'est qu'en coordonnant nos efforts avec tous les professionnels de santé que nous arriverons à faire face au défi que représente le diabète de type 2 afin de le prendre en charge le plus précocement possible et le plus efficacement possible pour éviter ou retarder au maximum l'apparition des complications secondaires.

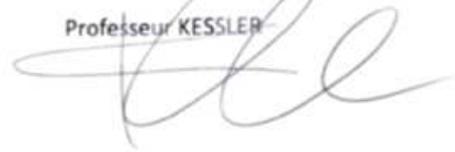
Ce travail collaboratif nécessitera dans les années à venir l'implication de toutes les forces vives disponibles, médecins, pharmaciens libéraux, infirmières libérales, sages-femmes, kinésithérapeute. Nous nous devons donc de mettre en place ce travail collectif afin de limiter l'évolution inéluctable de cette maladie chronique.

Ce travail collaboratif nécessitera dans les années à venir l'implication de toutes les forces vives disponibles, médecins, pharmaciens libéraux, infirmières libérales, sages-femmes, kinésithérapeute. Nous nous devons donc de mettre en place ce travail collectif afin de limiter l'évolution inéluctable de cette maladie chronique.

VU à Strasbourg, le 18/05/2020

Le Président du Jury de Thèse

Professeur KESSLER



Vu et approuvé

Strasbourg, le 25/05/2020

Le Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Annexes :

Annexe 1 : Guide d'entretiens Etude qualitative :

SUJET : Quelle est la place du médecin généraliste dans une campagne de dépistage expérimentale du DT2 en officine ?

Lieu d'exercice : ... Milieu : rural/semi-rural/urbain

Pouvez-vous vous présenter et comment décrivez-vous votre pratique ?

I) **Protocole d'expérimentation :**

➤ Qu'avez-vous pensé du protocole d'expérimentation ?

- Etiez-vous à la soirée de présentation, si oui vous a-t-elle semblé suffisante pour comprendre la campagne de dépistage ?
- La période de déploiement de la campagne paraît-elle adaptée pour un recrutement optimal des patients ?

II) **Communication :**

➤ Qu'avez-vous pensé de la campagne de communication qui a entouré cette expérimentation ?

- Comment avez-vous eu connaissance du lancement de cette campagne ?
- L'utilisation d'Apicrypt pour la réception des résultats biologiques est-elle optimale ?

III) **Adhésion du patient selon les médecins généralistes :**

➤ Quel est votre avis sur l'acceptation de cette campagne par vos patients ?

- Cette campagne a-t-elle eu un impact positif sur les patients que vous avez rencontrés ?
- Est-ce que les patients ont consulté quand il fallait ?

IV) **Adhésion du médecin généraliste :**

➤ Comment avez-vous trouvé cette campagne de dépistage en tant que médecin ?

- Vous sentiez-vous concerné et totalement intégré à cette campagne de dépistage ?
- Comment jugez-vous cette démarche ?
- Quels sont les points positifs de cette expérimentation ? Quels en sont les freins ?
- Seriez-vous prêt à utiliser cette méthode de dépistage dans votre pratique quotidienne ?
- Quels impacts a eu cette campagne sur vous ?

V) **Collaboration entre professionnels de santé :**

➤ Comment avez-vous trouvé l'implication des autres professionnels de santé dans cette campagne ?

- Selon vous, cette démarche a-t-elle permis d'améliorer la communication et le travail collaboratif entre médecins, pharmaciens et biologistes ?

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN

quelque soit le résultat de la glycémie capillaire

- **Si le résultat est normal** : remettre le VOLET B au patient qui le conservera pour son information.
- **Si le résultat est anormal** : informer le médecin par messagerie sécurisée et remettre le VOLET B au patient qui le donnera au médecin lors de la consultation.

- Date de réalisation : _ _ / _ _ / _ _ _ _ • Heure de réalisation : _ _ h _ _
- Heure de la dernière prise alimentaire : _ _ h _ _
- Résultat de la glycémie capillaire : _ , _ _ g/L
- Résultat du test : normal anormal

Rappel des seuils anormaux de glycémie

Si le patient est à jeun* > 3H	≥1,10 g/L
Si le patient n'est pas à jeun	≥1,40 g/L

*A jeun : n'ayant ni mangé ni bu depuis au moins 3 heures

TRAÇABILITÉ

- Nom du lecteur :
- N° de série du lecteur :
- N° de lot de la bandelette :
- Date de péremption du lot de bandelette :

Tampon pharmacien

PARTIE À COMPLÉTER ET À RETOURNER PAR LE MÉDECIN

quelque soit le(s) résultat(s) / Date limite : 24/09/2017

- Date de consultation : _ _ / _ _ / _ _ _ _
- Prescription glycémie veineuse : OUI NON

Conserver le VOLET B jusqu'au retour des résultats

- Résultat de la 1^{ère} glycémie veineuse : _ , _ _ g/L OU _ _ , _ _ mmol/L

> Si glycémie non réalisée par le patient : cochez ici

- Prescription d'une 2^{ème} glycémie veineuse si résultat de la 1^{ère} glycémie ≥ 1,26 g/l et < 2g/l : OUI NON

- Résultat de la 2^{ème} glycémie veineuse de confirmation :

_ , _ _ g/L OU _ _ , _ _ mmol/L

> Si glycémie non réalisée par le patient : cochez ici

tampon médecin

ID PATIENT **06173**



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SGAA Prénom : Ayoub

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

"J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète"

Signature originale :

A Odermei, le 11/05/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

VI) Bibliographie :

1. Prévalence et incidence du diabète [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur : /maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-et-incidence-du-diabete
2. Assurance Maladie / Fiche pathologie mise à jour le 9 juillet 2019/ CNAM/DSES/DEPP Disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Diabete_fiche_2017.pdf
3. Centre Européen d'Etude du Diabète. Les chiffres du diabète [Internet]. 2019 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur : <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
4. Haute Autorité de la Santé. Actualisation du référentiel des examens périodiques de santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées à la santé [Internet]. Octobre 2014 [cité 27 nov 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
5. Badia M. Dépistage du diabète de type 2 par les pharmaciens d'officine: Enquête descriptive sur la pratique auprès de leurs patients et résultats de plusieurs campagnes de dépistage dans les officines Lorraines en 2007, 2008 et 2010 [Thèse d'exercice]. [Nancy, France], Université Henry Poincaré [Nancy1] ; 2011.
6. Dr Corinne Toussaint - 2006 - CAMPAGNE DE SENSIBILISATION AU DIABETE [pdf] Interreg III / Wallonie / Luxembourg / Lorraine avec la contribution européenne. Dr Corinne Toussaint C. Campagne de sensibilisation au diabète [Internet]. 2006. Disponible sur : https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/Congres/programme_congres_2017-v2.pdf
7. Dr Badia M. Dépistage du diabète de type 2 par les pharmaciens d'officine : Enquête descriptive sur la pratique auprès de leurs patients et résultats de plusieurs campagnes de dépistage [Thèse d'exercice]. [Nancy, France] : Université Henri Poincaré Faculté de médecine ; 2011.
8. Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie. Recommandations relatives au test du risque de diabète de type 2 et autres examens pratiqués en pharmacie [Internet]. 2014 [cité 27 nov 2018]. Disponible sur : https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/64_Ressourcen_Hausarzt/Diabetes_Risk-Assessment_Apotheken_FR_2014.pdf
9. ARS Bourgogne-Franche-Comté. Diabète : Bilan de la campagne de dépistage dans les pharmacies de Bourgogne Franche-Comté [Internet]. 30 juin 2017 [cité le 7 février 2020]. Disponible sur : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/diabete-bilan-de-la->

campagne-de-depistage-dans-les-pharmacies-de-bourgogne-franche-comte

10. ARS Grand-Est. Comité de pilotage du 9 Novembre 2019 : Programme de dépistage du diabète de type 2 en officine en région Grand Est [ppt]. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Rapport_final_VF_15032018.pdf
11. Deschenaux F, Bourdon F pour l'Association pour la Recherche Qualitative Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QRS Nvivo 2.0.[Internet]. 2005 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/Cahiers%20pedagogiques/nvivo-2-0.pdf>
12. Organisation Mondiale de la Santé. Données et statistiques de l'OMS [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/gho/fr/>
13. Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin. Bilan_PREVENTION_bd.pdf [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cpam67-ts.fr/wp-content/uploads/2017/07/Bilan_PREVENTION_bd.pdf
14. Cornet P, La Masne A. pour le Collège Universitaire de médecine générale et Santé Publique France. Pratiques Préventives en Médecine Générale, Rencontres de Santé Publique France [Internet]. Juin 2016. Disponible sur : https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2016/06/2-LEMASNE_CORNET.pdf
15. ARS Grand-Est. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. 26 septembre 2019 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>
16. Boulatit S. Facteurs et motifs de participation au dépistage organisé du cancer colorectal par recto-sigmoïdoscopie [Thèse d'Exercice]. [Strasbourg, France] : Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg ; 2009.
17. Cathelineau G . Déclaration de Saint-Vincent : une longue marche pour des changements signitifactifs. Elsevier Masson [Internet]. 17 févr 2008 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/en/article/79775>
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse [Internet] 18 septembre 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
19. Badia M. Dépistage du diabète de type 2 par les pharmaciens d'officine: Enquête descriptive sur la pratique auprès de leurs patients

et résultats de plusieurs campagnes de dépistage dans les officines Lorraines en 2007, 2008 et 2010 [Thèse d'exercice]. [Nancy, France], Université Henry Poincaré [Nancy1] ; 2011.

20. Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

21. Augé-Caumon MJ, pour l'Observatoire des Médicaments Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques Centre. Loi HPST, missions du pharmacien, coopération, relations ville-hôpital , HAD, Ehpad : nouvelle donne? [cité 24 mars 2020]. Disponible sur:

http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4197/4674/4681/4763.pdf

22. Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique - Améliorer la condition des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. Octobre 2012 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

23. Finances Publiques, Institut Montaigne. Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur:

http://www.financespubliques.fr/glossaire/terme/Eco_ONDAM/

24. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique en 2018, bilan à un an du nouveau dispositif, dossier de presse. [Internet]. 25 avril 2018 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf

25. AMELI. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur:

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs>

RESUME DE THESE :

Introduction : Le diabète est l'un des principaux défis du XXIème siècle en termes de santé publique et de développement, en effet, sa prévalence ne fait qu'augmenter à l'échelle nationale et internationale devant la dégradation de l'hygiène de vie d'une part et l'augmentation de l'espérance de vie d'autre part. Le retard diagnostique dont il souffre représente le principal facteur limitant sa prise en charge précoce. Afin de pallier ce retard diagnostique, plusieurs initiatives locales de dépistage ont été réalisées sans toutefois donner de bons résultats. Une étude expérimentale récente menée par l'ARS en collaboration avec les URPS médecins libéraux et pharmaciens propose le dépistage du diabète de type 2 en officine à la suite d'un questionnaire nommé le FindRisc. En fonction du score obtenu à ce questionnaire, une glycémie capillaire est réalisée au patient qui sera ensuite adressé à son médecin traitant pour une confirmation ou une infirmation du diagnostic de manière formelle par la réalisation d'une glycémie veineuse à jeun.

Matériel et méthode :

Afin d'étudier les perceptions des médecins généralistes et leur place dans cette campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine, nous avons réalisé une étude de type qualitative. Cette dernière a pour objectifs principaux de décrire le ressenti des médecins généralistes par rapport à cette campagne de dépistage, leur adhésion à ce type de dépistage et d'évaluer les freins et les motivations à leur participation à cette campagne expérimentale. L'objectif secondaire est d'évaluer ce ressenti afin d'extraire certaines pistes d'améliorations si elle devait s'élargir au niveau national ou se répéter dans les années à venir.

Résultats : Au terme de cette étude qualitative, il apparaît que les médecins généralistes ayant participé à cette campagne de dépistage du diabète de type 2 occupe une place centrale dans la mesure où ils sont responsables de la prise en charge au long cours de leurs patients. Cette étude met en évidence l'importance du travail collaboratif qui sera amené à être mis en place à l'avenir pour améliorer les mesures préventives en termes de santé publique au niveau national et international.

Conclusion : Le diagnostic ainsi que la prise en charge précoce du diabète de

type 2 constitue un enjeu majeur de santé publique et un défi pour les générations à venir. Un travail collaboratif, un discours commun entre tous les professionnels de santé ainsi qu'une sensibilisation précoce de la population semblent être indispensables à une prise de conscience collective, préalable indispensable au développement du dépistage de cette maladie chronique insidieuse.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots clés : Diabète - Dépistage - Prévention - Officine - Travail collaboratif - Médecins généralistes - Pharmaciens

Président de Jury : Pr KESSLER Laurence

Assesseurs : Pr JEANDIDIER Nathalie

Pr GENY Bernard

Dr RUTESCH Marcel

Dr FRAIH Elise

Dr ABOU-BEKR Zoubir Mohamed

Adresse de l'auteur :

SBAA Ayoub 31 Boulevard d'Europe 67210 OBERNAI