

Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique – CEESAN¹
Unité d'évaluation des soins – UES²

Institut universitaire de formation et de recherche en soins – IUFRS³
Institut universitaire de médecine générale – IUMG⁴

Le diabète dans le canton de Vaud : évaluation de la pratique des professionnel(le)s de santé et de la collaboration interprofessionnelle

Valérie Henry¹, Isabelle Peytreman-Bridevaux², Diane Morin³,
Françoise Dubois-Arber¹, Chantal Montreuil³, Thomas Kampel³,
Sonia Lucia¹, Lilli Herzig⁴, Raphaël Bize¹

RAISONS DE SANTÉ 251 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 251

- Étude financée par :** Service de la santé publique du canton de Vaud (Programme cantonal Diabète)
- Citation suggérée :** Henry V, Peytremann-Bridevaux I, Morin D, Dubois-Arber F, Montreuil C, Kappel T, Lucia S, Herzig L, Bize R. Le diabète dans le canton de Vaud : évaluation de la pratique des professionnel(le)s de santé et de la collaboration interprofessionnelle. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Institut universitaire de médecine de médecine générale, 2015 (Raisons de santé 251).
- Remerciements :** Nous remercions vivement tous(toutes) les professionnel(le)s de la santé qui ont accepté de participer à cette étude, ainsi que les organisations professionnelles qui ont contribué à la diffusion de l'enquête : La Société Vaudoise de Médecine (SVM), L'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) ; L'Association Médecins de Famille Vaud (MF Vaud).
- Date d'édition :** Septembre 2015

Table des matières

Résumé.....	9
1 Description du mandat.....	13
2 Introduction générale de l'étude.....	17
3 Méthode générale de l'étude.....	21
3.1 Population cible.....	23
3.2 Enquête quantitative.....	24
3.3 Approche qualitative.....	25
4 Participants à l'enquête	27
5 Collaboration interprofessionnelle (Coll.IntPro).....	33
5.1 Introduction - Coll.IntPro.....	35
5.2 Méthode - Coll.IntPro.....	35
5.2.1 L'instrument - Coll. IntPro.....	35
5.2.2 Validation en français suisse de l'instrument - Coll. IntPro.....	35
5.2.3 Analyse des données - Coll. IntPro.....	37
5.3 Résultats - Coll.IntPro.....	38
5.3.1 Sélection et description des répondants - Coll. IntPro.....	38
5.3.2 Résultats globaux par dimension et types de répondants - Coll. IntPro.....	39
5.3.3 Dimension 1 : Partage des activités de soins - Coll. IntPro.....	40
5.3.4 Dimension 2 : Coordination interprofessionnelle - Coll. IntPro.....	43
5.3.5 Dimension 3 : Niveau de conflit associé à la collaboration - Coll. IntPro.....	45
5.4 Discussion.....	47
5.5 L'essentiel en bref - Coll.IntPro.....	48
6 Pratiques professionnelles (Pr.Pro).....	49
6.1 Introduction - Pr.Pro.....	51
6.2 Méthode - Pr.Pro.....	52
6.2.1 Analyse descriptive - Pr.Pro.....	52
6.3 Résultats - Pr.Pro.....	52
6.3.1 Sélection et description des répondants - Pr.Pro.....	52
6.3.2 Résultats des 26 énoncés du questionnaire Pr.Pro.....	54
6.3.3 Les professionnels de santé devant fournir les soins - Questionnaire PACIC 5A modifié.....	57
6.4 Discussion.....	58
6.5 L'essentiel en bref -Pr.Pro.....	58
7 Recommandations pour la pratique clinique.....	59
7.1 Introduction - RPC.....	61
7.2 Méthodes - RPC.....	61
7.2.1 Analyses - RPC.....	63

7.3	Résultats – RPC.....	63
7.3.1	Sélection et description des répondants.....	63
7.3.2	Bilan initial – RPC.....	64
7.3.3	Suivi clinique et para clinique du patient diabétique – RPC.....	70
7.3.4	Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique -RPC.....	75
7.3.5	Jugement personnel des répondants pour les RPC.....	80
7.4	Discussion.....	80
7.5	L'essentiel en bref – RPC.....	81
8	Baromètre Diabète Vaud.....	83
8.1	Indicateurs- Collaboration interprofessionnelle.....	85
8.2	Indicateurs-Evaluation des pratiques professionnelles.....	85
8.3	Indicateurs -Connaissances des RPC.....	85
8.3.1	Méthodes.....	86
8.3.2	Résultats.....	86
9	Approche qualitative (AQ).....	89
9.1	Introduction- AQ.....	91
9.2	Méthodes - AQ.....	91
9.2.1	Focus group médecins et focus group infirmier(ère)s -AQ.....	91
9.2.2	Focus group mixte médecins et infirmier(ère)s.....	92
9.3	Résultats -AQ.....	92
9.3.1	Focus group médecins- AQ.....	92
9.3.2	Focus group infirmier(ère)s - AQ.....	94
9.3.3	Focus group mixte médecins et infirmier(ère)s - AQ.....	96
9.4	Discussion.....	98
9.5	L'essentiel en bref – AQ.....	99
10	Principaux constats et pistes d'action.....	101
10.1	Principaux constats.....	103
10.2	Pistes d'actions.....	104
11	Références.....	107
12	Annexes.....	111
12.1	Invitation électronique à participer à l'enquête sur Internet.....	113
12.2	Questionnaire électronique.....	114
12.3	Focus group médecins.....	138
12.4	Focus group infirmier(ère)s.....	142

Liste des tableaux

Tableau 1	Participation à l'enquête	29
Tableau 2	Comparaison du nombre moyen de patients pris en charge durant les 30 derniers jours entre ceux qui ont répondu à l'enquête et ceux qui n'y ont pas répondu	31
Tableau 3	Comparaison du nombre moyen de patients pris en charge durant les 30 jours derniers et le fait de répondre ou de ne pas répondre à au moins un volet de l'enquête.....	31
Tableau 4	Distribution des répondants pour le volet -1 Collaboration interprofessionnelle	39
Tableau 5	Dimensions de la collaboration (nombre d'énoncés), moyennes (écart-types) par dimension et par catégorie de répondants.....	40
Tableau 6	Collaboration interprofessionnelle – Dimension 1 : Partage des activités de soins.....	41
Tableau 7	Collaboration interprofessionnelle – Dimension 2 : Coordination interprofessionnelle.....	43
Tableau 8	Collaboration interprofessionnelle – Dimension 3 : Niveau de conflit associé à la collaboration.....	46
Tableau 9	Distribution des répondants pour le volet -2 - Pr.Pro	53
Tableau 10	Prise en charge globale (PACIC-5A-modifié)* telle que reportée par les professionnels de santé (moyennes, et déviation standard (DS) pour la colonne « tous les participants », « médecins » et « infirmier(ère)s »).....	55
Tableau 11	Description de la population d'étude – Volet sur l'évaluation des connaissances professionnelles en lien avec les RPC pour la prise en charge de patients diabétique.....	64
Tableau 12	Bilan initial, connaissances des bonnes pratiques, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession).....	66
Tableau 13	Bilan initial, connaissance de RPC, nombre moyen de réponses correctes	67
Tableau 14	Bilan initial : Pratique moyenne des professionnels de santé pour 10 patients diabétiques	69
Tableau 15	Suivi clinique et para clinique du patient diabétique selon les RPC, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession).....	71
Tableau 16	Suivi clinique et para clinique du patient diabétique, nombre moyen de réponses correctes	72
Tableau 17	Suivi clinique et para clinique, pratique moyenne des professionnels de santé pour 10 patients diabétiques.....	74
Tableau 18	Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession).....	76
Tableau 19	Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique, nombre moyen de réponses correctes.....	77

Tableau 20	Prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, pratique moyenne des professionnels de la santé pour 10 patients diabétiques	79
Tableau 21	Proportions de réponses correctes par thématiques des RPC et par spécialité professionnelle	87
Tableau 22	Besoins théoriques et réponses possibles	105

Liste des figures

Figure 1	Diagramme général des répondants de l'enquête quantitative	30
Figure 2	Exemple d'énoncé lors du premier « round » de validation	36
Figure 3	Diagramme des répondants – Collaboration interprofessionnelle	38
Figure 4	Chronic Care Model	51
Figure 5	Diagramme des répondants –Volet 2 – Pr.Pro.	53
Figure 6	Structure du volet 3 - RPC de l'enquête Internet	62
Figure 7	Diagramme des répondants – Volet 3 -RPC.....	63
Figure 8	Bilan initial, connaissances des bonnes pratiques, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession).....	67
Figure 9	Bilan initial : Pratique moyenne des professionnels de santé pour 10 patients diabétiques	70
Figure 10	Volet 3 – Suivi clinique et para clinique – proportions de participants ayant répondu correctement (par profession).....	72
Figure 11	Suivi clinique et para clinique, pratique moyenne pour 10 patients diabétiques.....	75
Figure 12	Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession).....	77
Figure 13	Prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, pratique moyenne pour 10 patients diabétiques.....	80
Figure 14	Focus group mixte médecins et infirmier(ère)s – Structure d'un réseau de soins « idéal » pour la prise en charge du patient diabétique.....	98

Glossaire

AVASAD	Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile
ADAPTE	Collaboration internationale de chercheurs, de développeurs et de professionnels qui implémentent des recommandations de pratiques cliniques
APA	Activité physique adaptée
CEESAN :	Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique, IUMSP
CoDiab-VD	Cohorte de patients diabétiques vaudois
FMH	Fédération des médecins suisses
PACIC	Patient Assessment of chronic care
RPC	Recommandation pour la pratique clinique
SVM	Société Vaudoise de Médecine

Résumé

Contexte

Le Programme cantonal diabète se développe depuis 2010 dans le canton de Vaud. Il a pour objectif de limiter l'évolution de l'incidence du diabète et d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques.

Méthodes

Cette étude vise à recueillir des données concernant : 1) la collaboration interprofessionnelle, 2) la pratique professionnelle au regard du « Chronic care model », ainsi que 3) la connaissance et la mise en pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) auprès du patient diabétique. Les professionnels de santé (PdS) suivant ont été sollicités pour participer à cette étude : médecins et infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie, médecins de premiers recours et infirmier(ère)s en soins généraux. Cette étude comporte un volet quantitatif où les PdS étaient invités à répondre à un questionnaire sur Internet, et un volet qualitatif où des PdS ont été réunis lors de trois focus groups pour recueillir leurs avis sur les trois thématiques de l'étude.

Principaux résultats

Volet 1 - Les collaborations interprofessionnelles

Les Pds étaient invités à indiquer leur degré d'accord avec 24 énoncés portant sur trois dimensions : 1) le partage des soins, 2) la coordination interprofessionnelle et 3) le niveau de conflit associé à la collaboration interprofessionnelle. Par exemple, les énoncés : « Les professionnels collaborent régulièrement à l'élaboration d'une stratégie commune de prise en charge » et « Les activités de prise en charge par des professionnels de différents groupes auprès d'un même patient/client sont bien coordonnées » exploraient les deux premières dimensions de ce volet.

Les infirmier(ère)s généralistes indiquent un degré d'accord plus élevé que les médecins pour les énoncés qui reflètent une appréciation favorable du partage des soins et de la coordination interprofessionnelle. Par ailleurs, les Pds spécialistes en diabétologie (médecins et infirmier(ère)s) indiquent un degré d'accord pour ces deux dimensions de l'activité de soins moins élevé que leurs collègues généralistes.

Pour l'ensemble des répondants, le niveau de conflit associé à la collaboration interprofessionnelle était perçu comme faible. Les médecins et infirmier(ère)s spécialistes en diabétologie avaient une perception d'un niveau de conflit plus marqué que les autres PdS.

Les variations de scores entre les différentes catégories et spécialités professionnelles sont toutefois de faible amplitude.

Les focus groups ont fait ressortir que le réseau de soins autour du patient diabétique est conçu comme étant informel. Les PdS se disent attachés à cette souplesse du réseau qui laisse libres patients et soignants de tisser des relations de confiance avec les personnes de leur choix. Les moyens de communication existants et utilisés par les PdS sont hétérogènes. Le « passeport diabète » est jugé trop contraignant et est rarement utilisé. Les infirmier(ère)s en soins généraux pointent un manque d'échanges et de confiance entre médecins et infirmier(ère)s.

Volet 2 – Les pratiques professionnelles

Vint-six énoncés permettaient aux Pds d'estimer, sur une échelle allant de 1(jamais) à 5 (toujours), la fréquence avec laquelle ils réalisent certaines prestations préconisées par le modèle de prise en charge des maladies chroniques, par exemple : à quelle fréquence « lui demandez vous son avis lors de l'élaboration du plan de traitement ». Les Pds spécialistes en diabétologie (médecins et infirmier(ère)s) déclaraient une fréquence de pratique plus élevée que leurs collègues en soins généraux. Les infirmier(ère)s en soins généraux rapportaient les fréquences de pratique les plus faibles.

Il était ensuite demandé aux répondants de se prononcer sur quel(s) professionnel(s) de santé devrai(en)t fournir ces soins. Les participants répondaient dans près de la moitié des cas (12 énoncés sur 26) de manière quasi consensuelle « les deux ».

Lors des focus groups, les PdS non spécialistes ont souligné que les mandats des différents intervenants auprès du patient diabétique devraient être définis plus précisément, notamment entre médecins de premier recours et médecins spécialistes. Les infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie et Infirmier(ère)s en soins généraux s'accordaient pour dire que le canton de Vaud manquait d'infirmier(ère)s spécialisé(e)s et que ces PdS spécialisé(e)s intervenaient parfois trop tardivement dans la prise en charge du patient diabétique.

Volet 3 – Connaissances et mise en pratique des RPC

Les médecins diabétologues sont proportionnellement les plus nombreux à avoir identifié correctement quelles prestations font partie des RPC en lien avec la prise en charge des patient-e-s diabétiques.

Les infirmier(ère)s spécialisé(es) ont une meilleure connaissance de la plupart de ces RPC que les médecins de premier recours.

Les médecins de premier recours déclarent mettre plus souvent en pratique les RPC que les infirmier(ère)s en soins généraux.

Certaines RPC sont largement connues et semblent faire partie d'une routine, comme par exemple : évaluer l'autocontrôle glycémique ou la recherche d'hyperkératose pour la surveillance du pied du diabétique.

Les infirmier(ère)s en soins généraux obtiennent des résultats de connaissances souvent inférieurs aux autres groupes professionnels en dépit d'un jugement positif sur la pertinence des RPC.

Lors des focus groups, les infirmier(ère)s en soins généraux présent(e)s ont indiqué prendre en charge régulièrement des patients diabétiques et regrettent de ne pas avoir eu connaissance des RPC. Les médecins diabétologues considéraient que les RPC devraient être connues de tous les PdS prenant en charge des patients diabétiques.

Constats et pistes d'action

Les résultats de cette étude suggèrent que, dans le cadre de la prise en charge de patient-e-s diabétiques, la répartition des tâches entre PdS manque de clarté. Les infirmier(ère)s en soins généraux ont une perception favorable du partage des soins mais pointent un manque d'échanges avec les médecins de premier recours (ils/elles souhaiteraient par exemple disposer d'un plan de traitement écrit pour accroître leur autonomie et leur réactivité auprès du patient).

La collaboration entre infirmier(ère)s spécialis(é)s et médecins semble bien fonctionner. Les PdS considèrent la communication interprofessionnelle comme très importante pour permettre un suivi complet et satisfaisant du patient. Cependant les outils sont hétérogènes et le passeport diabète est décrit comme peu adapté et de fait peu utilisé.

Le travail en réseau apparaît comme un élément-clé de la collaboration et de la communication interprofessionnelle. Cependant, les PdS rencontrés considèrent majoritairement que celui-ci doit rester informel. Le réseau est construit sur des relations de confiance au centre duquel le patient doit rester libre de choisir les soignants susceptibles d'intervenir auprès de lui. Le médecin de premier recours est largement perçu comme étant le plus à même d'assurer la coordination des soins.

Certaines RPC semblent faire d'ores et déjà partie d'une routine professionnelle (par exemple : l'évaluation de l'autocontrôle glycémique). Il est toutefois apparu au cours de l'étude que les RPC sont peu connues des infirmier(ère)s en soins généraux, mais que ceux/celles-ci sont demandeurs(euses) d'améliorer leurs connaissances.

Parmi les différentes pistes d'amélioration décrites à la fin de ce rapport (10.2 Pistes d'action), il paraît judicieux de poursuivre la réflexion sur la structuration du réseau de soins, en tentant de répondre à la question suivante : quelles « règles minimales » seraient souhaitables afin de mieux préciser les rôles et les responsabilités des différents PdS et les modalités d'interaction entre eux(elles), tout en préservant les acquis informels ? Il semble également souhaitable d'améliorer les outils de communication et d'implémenter, de manière pratique (cercles de qualité, vignettes cliniques, etc.) les RPC auprès de tous les PdS impliqués dans la prise en charge du patient diabétique.

1

Description du mandat

1 Description du mandat

Le Programme cantonal Diabète (PCD)^a du canton de Vaud se développe depuis 2010. Ses objectifs sont de limiter l'évolution de l'incidence du diabète et d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques.

Le PCD ne disposait pas jusque-là de données sur la pratique des professionnels de santé directement impliqués dans la prise en charge des patients diabétiques (médecins de premier recours, spécialistes en diabétologie, infirmier(ère)s en soins généraux pratiquant dans les Centres médicaux sociaux (CMS) et infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie).

Suite à ce constat, le PCD a décidé de financer, avec le soutien de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le projet de recherche présenté dans ce rapport. Celui-ci visait à recueillir auprès des médecins et infirmier(ère)s du canton de Vaud, leurs opinions sur la collaboration interprofessionnelle et leurs perceptions quant à leur mise en pratique des différentes composantes préconisées dans le Chronic care model¹. Cette enquête auprès des professionnels de santé visait également à évaluer leur niveau de connaissance et leur mise en pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) élaborées dans le cadre du PCD.

Ce travail comporte deux approches, l'une quantitative où les professionnels de santé étaient invités à répondre à un questionnaire sur Internet et l'autre qualitative, où des PdS ont été réunis lors de trois focus groups pour apporter leurs avis sur les trois volets abordés dans cette étude.

La réalisation de ce mandat est le fruit d'une collaboration entre l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) et l'institut universitaire de médecine générale (IUMG).

^a <http://pcd.diabete-vaud.ch/>

2

Introduction générale de l'étude

2 Introduction générale de l'étude

Cette étude investiguait trois volets dont la conceptualisation est brièvement décrite ici :

Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est définie comme un processus interpersonnel, dynamique et interactif de communication et de prise de décision qui permet aux différents professionnels impliqués d'influencer de façon synergique la qualité et l'efficacité des soins prodigués au patient/client. Il permet de promouvoir le partage d'expertise, de connaissances et de ressources au sein d'une équipe et de déterminer collectivement les responsabilités sur la base de rôles négociés².

Pratique professionnelle

Le Chronic Care Model¹ démontre comment des interactions productives entre un patient informé-confiant et une équipe de soins préparée et proactive peuvent amener à des meilleurs résultats cliniques et fonctionnels. Dans ce rapport les PdS sont invités à se prononcer sur leur propre pratique professionnelle auprès des patients diabétiques.

Recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Les RPC^b ont été développées dans le cadre du Programme cantonal Diabète, elles couvrent les différents types de diabète et concernent le diagnostic et le suivi préventif et thérapeutique du patient présentant ou susceptible de présenter un diabète. Les RPC sont basées sur des recommandations ayant fait l'objet de publications scientifiques. Les RPC ont été adaptées au contexte vaudois par un groupe d'experts multidisciplinaires selon la méthode ADAPTE^c.

Remarques concernant la structure du rapport

Un premier chapitre présente le contexte de l'étude, sa méthode et un diagramme de flux des participants à l'enquête. Les résultats des trois volets de l'enquête par Internet sont ensuite présentés dans des chapitres séparés, suivis par les résultats de la partie qualitative :

- Méthode générale de l'enquête ;
- Description de flux des participants à l'enquête ;
- Collaboration interprofessionnelle ;
- Pratique professionnelle ;
- Recommandation pour la pratique clinique ;
- Approche qualitative ;
- Principaux constats et pistes d'actions.

^b <http://www.recodiab.ch/RPC.php>

^c <http://www.recodiab.ch/methode.php>

3

Méthode générale de l'étude

3 Méthode générale de l'étude

Il s'agit d'une étude comprenant une approche quantitative (enquête transversale par questionnaire sur Internet) qui s'est déroulée du mois de novembre 2013 au mois de mars 2014 et une approche qualitative qui a eu lieu au mois de septembre 2014.

NB : Les aspects généraux de la méthode sont décrits dans ce chapitre, les aspects méthodologiques spécifiques aux trois volets de l'enquête quantitative et à l'approche qualitative sont décrits dans les sections correspondantes :

- Collaboration interprofessionnelles : 5.2 Méthode - Coll.IntPro
- Pratique professionnelle : 6.2 Méthode – Pr.Pro.
- Recommandation pour la pratique clinique : 7.2 Méthodes – RPC
- Approche qualitative : 9.2 Méthodes - AQ

3.1 Population cible

La population cible de cette enquête comprenait les PdS (médicaux et infirmiers) du canton de Vaud principalement impliqués dans la prise en charge des patients diabétiques :

- Médecins de famille (internistes-généralistes et médecins praticiens)
- Médecins endocrinologues-diabétologues
- Infirmiers/infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie et infirmiers/infirmier(ère)s en soins généraux pratiquant dans des centres médico-sociaux (CMS)

Invitation à participer à l'enquête :

- La Société Vaudoise de Médecine a adressé 1'031 invitations à participer ainsi qu'un rappel par courriel. Les 1031 destinataires étaient répartis comme suit :
 - 377 Médecins de premier recours sans sous-spécialité
 - 654 Médecins titulaires d'une sous spécialité ;
Une partie de ces médecins titulaires d'une sous-spécialité n'exercent ni comme médecin de premier recours ni comme médecin diabétologue. Ces derniers ne font donc pas partie de notre population cible. La SVM n'étant pas en mesure de nous fournir cette information, nous avons estimé sur la base des données du registre des médecins vaudois que cette situation concernait environ 50% des médecins titulaires d'une sous-spécialité.

Notre population cible de médecins de premier recours est donc estimée à 704 médecins. Les médecins de premier recours ont par ailleurs été encouragés à participer par le biais d'un email adressé par l'Association Médecin de Famille Vaud (MF Vaud)

- Vingt-sept médecins diabétologues ont été sollicités directement par l'équipe de recherche ;
- Vingt-trois infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie ont été sollicité(e)s directement par l'équipe de recherche ;
- L'AVASAD a sollicité les CMS du canton pour qu'ils diffusent l'invitation à participer à l'enquête auprès des infirmier(ère)s soins généraux. L'AVASAD estime à environ 400 le nombre d'infirmier(ère)s sollicité(e)s.

Les PdS ont été invités à répondre au questionnaire sur Internet, via un courrier électronique comprenant un lien actif leur permettant de se connecter (Annexe 12.1).

3.2 Enquête quantitative

Le questionnaire en ligne a été hébergé sur la plateforme électronique Lime Survey®. En plus des réponses aux énoncés portant sur les trois volets mentionnés précédemment, des données sociodémographiques ont été récoltées : Profession (médecin ou infirmière), spécialité professionnelle (généraliste ou spécialisé en diabétologie), sexe, âge, dernier diplôme obtenu, spécialisation professionnelle, activité clinique principale, nombre d'années d'expérience, mode d'exercice de l'activité professionnelle, etc. (Questionnaire en annexe 12.2).

Analyse des PdS considérés comme des " drop out " de l'enquête sur Internet

Certains PdS invités à répondre à l'enquête sur Internet ont renseigné tout ou partie du volet introductif du questionnaire (prise en charge de patients diabétiques, profession) mais n'ont pas poursuivi. Ces PdS ont été considérés comme des " drop out " de l'enquête.

Parmi ces " drop " out " nous avons cherché à savoir, s'il était possible de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre la profession (médecin ou infirmier(ères)) et le fait de poursuivre l'enquête au-delà de sa partie introductive. Un test du Chi² de Pearson a été utilisé avec un risque d'erreur ? de 5%.

Une partie de ces " drop out " a renseigné la variable demandant d'estimer le nombre de patients diabétiques pris en charge depuis trois mois. Nous avons cherché à voir s'il existait une différence statistiquement significative entre le nombre moyen de patients déclarés chez les PdS qui ont complété au moins le premier volet de l'enquête et le nombre moyen de patients déclarés chez les PdS qui ont abandonné à la fin de la partie introductive de l'enquête. Le test de Welch avec un risque d'erreur ? de 5% a été retenu. Il compare deux moyennes dont les variances sont inégales

Stratégie d'analyse

- Pour les analyses " énoncé par énoncé ", tous les participants qui ont répondu à l'énoncé analysé ont été pris en compte. Les "n" sont donc susceptibles de varier d'un énoncé à l'autre.
- Pour les analyses qui utilisent un score composite (c-à-d. construit à partir des réponses à plusieurs énoncés), tous les participants qui ont répondu à au moins 2/3 des énoncés qui composent le score ont été pris en compte.
- Les résultats sont présentés pour l'échantillon total ainsi que pour les 4 catégories de professionnels (médecins de premier recours, médecins diabétologues, infirmier(ère)s en soins généraux et infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie).

3.3 Approche qualitative

Pour compléter l'analyse des données quantitatives récoltées au travers du questionnaire sur Internet, trois focus groups ont été organisés. L'objectif était de permettre aux PdS de s'exprimer, en s'appuyant sur leur expérience et leur connaissance du terrain, au sujet des collaborations interprofessionnelles, de la prise en charge du patient diabétique et des recommandations pour la pratique dans la prise en charge du patient diabétique (cf. infra, 9.2 Méthodes - AQ).

4

Participants à l'enquête

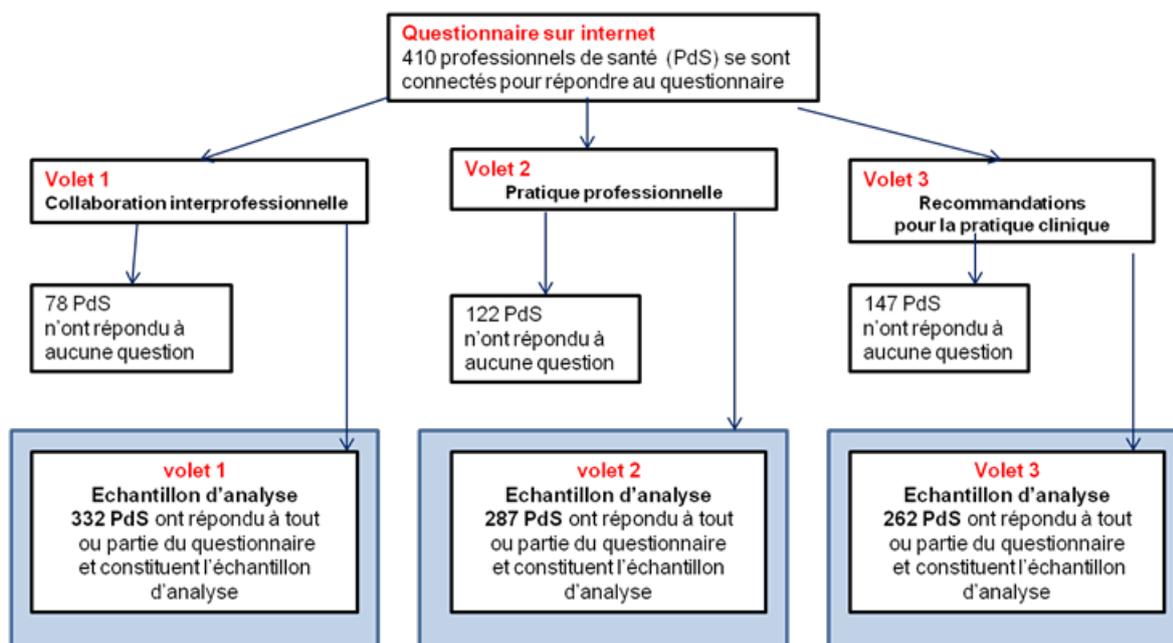
4 Participants à l'enquête

Au total 410 PdS ont ouvert le lien pour accéder au questionnaire. Après exclusion des personnes n'ayant répondu à aucun énoncé de l'un ou l'autre des trois volets, 332 PdS constituaient l'échantillon du volet 1 portant sur les collaborations interprofessionnelles, 287 PdS constituaient l'échantillon du volet 2 sur la pratique clinique et finalement 262 PdS constituent l'échantillon du volet 3 portant sur les RPC (Figure 1 et Tableau 1).

Tableau 1 Participation à l'enquête

	N Invitations Par population cible	Participation Volet 1		Participation Volet 2		Participation Volet 3	
		N	%	N	%	N	%
Médecins premier recours (avec ou sans sous-spécialité)	704	78	11.1	78	11.1	78	11.1
Médecins diabétologues	27	8	29.6	8	29.6	8	29.6
Médecins spécialité non renseignée	-	36	-	13	-	2	-
Total Médecins	731	122	16.7	99	13.5	88	12.0
Infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie	23	17	73.9	17	73.9	17	73.9
Infirmier(ère)s en soins généraux	400	143	35.8	143	35.8	143	35.8
<i>Infirmier(ère)s spécialité non renseignée</i>	-	50	-	28	-	14	-
Total Infirmier(ère)s	423	210	49.6	188	44.4	174	41.1
Total	1154	332	28.8	287	24.9	262	22.7

Figure 1 Diagramme général des répondants de l'enquête quantitative



Analyse des PdS considérés comme des « drop out » de l'enquête

Parmi les 410 PdS qui ont ouvert le questionnaire sur Internet, 78 (19.0%) d'entre eux ont été considérés comme des « drop out » puisqu'ils n'ont répondu à aucune des questions de l'enquête au-delà de la partie introductive (prise en charge de patients diabétiques, profession). Parmi ceux-ci, 22 personnes ont refermé le questionnaire sans répondre à aucune question. Vingt-huit PdS ont ouvert le questionnaire et ont répondu « Non » à la question leur demandant s'ils avaient pris en charge des patients diabétiques durant les trois derniers mois, et quatre PdS ont répondu « oui » à cette même question, sans pour autant poursuivre l'enquête. Vingt-quatre PdS ont renseigné leur profession (10 médecins et 14 infirmières), tous ont déclaré avoir pris en charge des patients diabétiques durant les trois derniers mois et 21 d'entre eux ont répondu à la question leur demandant d'estimer le nombre de patients diabétiques vu ou reçu en consultation au cours des 30 derniers jours.

Le test du Chi² de Pearson avec un risque d'erreur α de 5% a été appliqué aux 356 PdS qui ont renseigné leur profession (332 répondants et 24 « drop out »). Les résultats ne montrent pas de relation statistiquement significative entre le fait d'avoir déclaré être médecin ou infirmière et le fait de ne pas avoir répondu à l'enquête au-delà de la partie introductive (Chi²=2.23, p value=0.63), Tableau 2.

Le Test de Welch (t) ne montre pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de patients diabétiques pris en charge durant les 30 derniers jours par les PdS n'ayant pas répondu à l'enquête au-delà de la partie introductive (moy=23.3) et les PdS qui ont au moins répondu à tout ou partie du 1er volet de l'enquête (moy=17.0), t = 0.82, p value= 0.4 Intervalle de confiance à 95% [-22.4-9.7], (Tableau 3).

Tableau 2 Comparaison de la proportion des PdS qui ont répondu au moins au premier volet de l'enquête selon la profession exercée

Profession	PdS ayant au moins rempli tout ou partie du 1er volet de l'enquête N (% effectif total)	PdS ayant abandonné avant de commencer à remplir le 1er volet de l'enquête N (% effectif total)	Total	Chi2
Infirmier-ère-s	210 (93.8%)	14 (6.3%)	224 (100%)	Chi2 = 2.23 p=0.63
Médecins	122 (92.4%)	10 (7.6%)*	132 (100%)	

Tableau 3 Comparaison du nombre moyen de patients pris en charge durant les 30 jours derniers entre les PdS qui ont répondu au moins au premier volet de l'enquête et ceux qui ont abandonné avant

	PdS ayant au moins rempli tout ou partie du 1er volet de l'enquête Moyenne (écart type) N=332	Pds ayant abandonné avant de commencer à remplir le 1 ^{er} volet de l'enquête Moyenne (écart type) N=21	Test de comparaison de moyenne (test de Welch)
Nombre moyen de patients vus les 30 derniers jours	17.0 (21.9)	23.3 (34.9)	T=-0.82 p=0.4 IC95% [-22.4 - 9.7]

5

Collaboration interprofessionnelle (Coll.IntPro)

5 Collaboration interprofessionnelle (Coll.IntPro)

5.1 Introduction - Coll.IntPro

Le premier volet de l'enquête concerne les représentations et la pratique de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des patients diabétiques. En rappel, la collaboration interprofessionnelle est définie comme un processus interpersonnel, dynamique et interactif de communication et de prise de décision qui permet aux différents professionnels impliqués d'influencer de façon synergique la qualité et l'efficacité des soins prodigués au patient/client. Il permet de promouvoir le partage d'expertise, de connaissances et de ressources au sein d'une équipe et de déterminer collectivement les responsabilités sur la base de rôles négociés².

5.2 Méthode - Coll.IntPro

5.2.1 L'instrument - Coll. IntPro

Pour cette section de l'étude, c'est le " Questionnaire sur l'intensité de la collaboration interprofessionnelle " de Sicotte , D'Amour et Moreault³ qui a été utilisé. Il s'agit d'un questionnaire qui comporte 24 énoncés catégorisés en trois dimensions : " Partage des activités de soins " (8 énoncés); " Coordination interprofessionnelle " (9 énoncés) ; et " Niveau de conflit associé à la collaboration " (7 énoncés). L'échelle génère des scores par dimension mais compte tenu de la structure des énoncés, il n'y a pas possibilité de générer un score global.

Les énoncés sont proposés avec un choix de réponses de type Likert à 5 degrés, allant de "Pas du tout d'accord " à "Tout à fait d'accord ".

5.2.2 Validation en français suisse de l'instrument - Coll. IntPro

L'adaptation de l'instrument en français suisse a été faite selon les recommandations de Wild⁴. Ainsi, avec la permission des auteurs⁵, le questionnaire a été formaté intégralement dans sa version originale en français du Canada. Il a été inséré sur la plateforme électronique SurveyMonkey© dans le but d'obtenir l'avis d'experts sur la compréhension de chacun des énoncés. Inspiré de la technique Delphi⁶, cette phase par questionnaire électronique s'est réalisée en deux " rounds ". Pour le premier " round ", neuf PdS (médecins, infirmiers ou pharmaciens) impliqués en pratique collaborative en Suisse romande ont été sollicités et tous ont accepté de participer. Dans ce premier " round ", ces neuf experts devaient se prononcer sur la facilité de compréhension de chacun des 24 énoncés. Tel qu'illustré dans la figure qui suit, deux choix de réponses étaient possibles : soit le libellé était compréhensible et ne demandait pas de

modification ; soit il était à modifier. Dans ce dernier cas, un espace était réservé pour inclure des commentaires (en texte libre) pour l'améliorer. Deux semaines étaient laissées pour remplir le questionnaire. Un avis de relance a été fait à 7 jours (Figure 2).

Figure 2 Exemple d'énoncé lors du premier « round » de validation

3. Chaque professionnel de la santé tolère facilement l'existence de zones floues dans le partage des responsabilités.

Libellé facilement compréhensible - à garder tel quel

Libellé à modifier - Modifications suggérées - SVP inscrire vos suggestions dans l'espace qui suit

Modifications suggérées

Le questionnaire : 24 énoncés répartis en trois dimensions.

- **Dimension 1 : Partage des activités de soins (8 énoncés) ;**
- **Dimension 2 : Coordination de la collaboration (9 énoncés)**
- **Dimension 3 : Niveau de conflit associé à la collaboration (7 énoncés).**

A la date fixée, les réponses et les commentaires ont été extraits et analysés. Au total, 16 énoncés sur 24 (67%) ont suscité des commentaires de la part des répondants. De ceux-ci, deux énoncés comportaient des demandes de modifications par plus de 50% des répondants. Aucun des énoncés n'a été retiré mais pour le deuxième " round ", une version ajustée du questionnaire a été préparée par l'équipe de recherche. Elle a été construite sur la même plateforme électronique et soumise à nouveau aux PdS ayant collaboré au premier " round ". On leur demandait alors de vérifier les énoncés à nouveau et de nous dire si les améliorations apportées convenaient ou s'il fallait encore apporter des corrections. Huit personnes ont répondu au deuxième " round " à l'intérieur de la période fixée de deux semaines. Un avis de rappel a été fait à 7 jours.

Suite à ce deuxième " round ", les derniers ajustements qui ont été effectués concernaient principalement des erreurs d'orthographe ou de typographie. La version finale du questionnaire a été intégrée au questionnaire général.

5.2.3 Analyse des données - Coll. IntPro

Les tableaux et sections qui suivent décrivent les résultats par énoncé et par dimension en utilisant deux logiques complémentaires. La logique des moyennes (M) avec leurs écarts-types (ET) qui considère les choix de réponses en variable continue (0-5 maximum). Cette logique nous permet de dégager les énoncés et domaines ayant les moyennes les plus élevées. Puis, la logique des proportions est utilisée. Pour ce faire, les choix de réponses ont été considérés comme étant des variables catégorielles. Dans cette logique, et selon les écrits des auteurs de l'échelle, les proportions cumulées par réponse ont été regroupées en trois catégories. Les réponses Likert de niveau 1 et 2 ont été regroupées pour former la catégorie " Peu d'accord ". Les réponses Likert de niveau 3 ont formé la catégorie " Moyennement d'accord ". Finalement, les réponses Likert de niveau 4 et 5 ont été regroupées pour former la classe " Plutôt d'accord ". Il faut noter que la dernière dimension est construite avec des énoncés à caractère négatif. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des répondants de même que pour les groupes " infirmier(ère)s " et " médecins total ". Le groupe médecins inclut deux sous-groupes : " médecin spécialiste (endocrinologue/diabétologue) " et " médecins de premier recours ". Le groupe infirmier inclut aussi deux sous groupes : " infirmier(ère)s spécialisé(e)s(en diabétologie) " et " infirmier(ère)s en soins généraux".

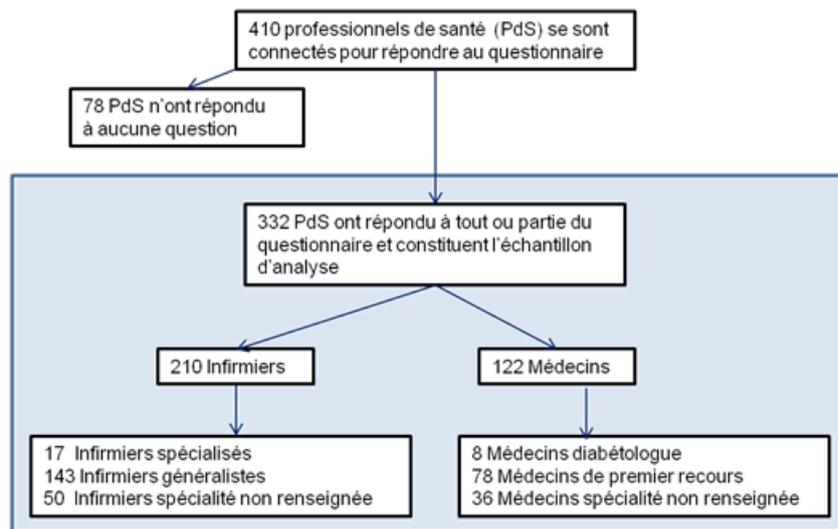
L'interprétation des seuils de réponse a été faite en relation avec la conceptualisation proposée par D'Amour et al. ^{5, 7}, de même qu'à l'aide de différentes recommandations issues de travaux connexes ⁸⁻¹⁰. Pour ces auteurs, la collaboration s'expliquerait donc autour de quatre pôles principaux : la finalité partagée et sa formalisation ; les allégeances envers une vision des soins centrée sur le patient et ses proches ; la coordination ; et enfin la délégation. Ainsi, la dimension " Partage des activités de soins " serait théoriquement associée à une composante comme la formalisation qui consiste à pouvoir définir plus précisément des règles de conduites plus ou moins explicites afin de faciliter, régulariser et de stabiliser l'action collective (règles, procédures, ententes, etc.). Elle serait aussi associée à une composante comme le développement de modalités pour le partage d'information et d'expertise. Quant à la dimension " Coordination interprofessionnelle ", elle inclurait plutôt un partage face aux allégeances et finalités des interventions collaboratives, au développement de la confiance et de l'inter-connaissance entre les partenaires de même qu'avec des orientations centrées sur la clientèle. Elle réfère aussi au fait de reconnaître l'existence de buts communs et l'intégration de ces buts à l'action mais elle confirme surtout la présence d'interdépendances et la nécessité de les réguler soit par des ententes de collaboration ou par une délégation autour de rôles de collaboration. Finalement, le niveau de conflit s'exprime théoriquement en fonction d'une capacité de lever les obstacles pour atteindre une finalité commune, d'accepter les contingences pour favoriser les allégeances à une vision centrée sur le patient et aux aspects de coordination qui pourraient s'avérer nécessaires, pouvant peut-être limiter ainsi la liberté individuelle mais au profit de lignes de conduites collectivement convenues.

5.3 Résultats - Coll.IntPro

5.3.1 Sélection et description des répondants - Coll. IntPro

Après exclusion des individus qui ont accédé au questionnaire mais qui n'ont répondu à aucun énoncé de ce volet (n=78), 332 questionnaires ont été retenus pour les analyses (Figure 3).

Figure 3 Diagramme des répondants – Collaboration interprofessionnelle



Parmi les 332 PdS qui ont répondu au volet 1 du questionnaire (122 médecins et 210 infirmier(ère)s), le sex-ratio H/F était de 0,4, l'âge moyen était de 46 ans. Parmi les 122 médecins ayant répondu, 8 étaient spécialistes FMH en diabétologie. Dix-sept infirmier(ère)s sur 210 étaient spécialisé(e)s en diabétologie. En revanche, 36 médecins et 50 infirmier(ère)s n'ont pas répondu à la question sur la spécialité exercée (cette question se situait en fin de questionnaire), mais ont toutefois répondu au volet 1 de l'enquête (Tableau 4).

Tableau 4 Description de l'échantillon pour le volet -1 - Collaboration interprofessionnelle

	Effectifs	Âge moyen
Homme	66	51
Femme	177	45
Non renseigné	89	53
Total médecins	122	52
<i>Médecins de famille ou internistes</i>	78	52
<i>Médecins diabétologues</i>	8	45
<i>Non renseigné</i>	36	43
Total infirmier(ère)s	210	44
<i>Infirmier(ère)s spécialisées</i>	17	48
<i>Infirmier(ère)s en soins généraux</i>	143	43
<i>Non renseigné</i>	50	52
Total	332	46

5.3.2 Résultats globaux par dimension et types de répondants - Coll. IntPro

Dans le Tableau 5, les moyennes et écarts types sont présentés pour chaque dimension pour l'ensemble et par type de répondants. Il est à noter que pour les médecins, 36 données sont manquantes à la question sur la spécialisation. Pour les infirmiers, 50 données sont manquantes sur l'indication de spécialisation. Les résultats sont présentés pour chaque dimension. Au Tableau 3, on observe que la moyenne obtenue pour la dimension 1 " Partage des activités de soins " se situe à 3.7 (ET 0.7). Le score le plus élevé est celui des infirmier(ère)s en soins généraux avec une moyenne de 3.8 (ET 0.7). Le score le plus faible est celui des médecins spécialistes avec une moyenne de 3.4 (ET 0.8). Pour la dimension 2 " Coordination interprofessionnelle ", le score moyen se situe à 3.4 (ET 0.7). Ici aussi, le score le plus élevé est celui des infirmier(ère)s en soins généraux avec une moyenne de 3.5 (ET 0.6) et le score le plus faible est celui des médecins spécialistes avec une moyenne de 3.0 (ET 0.5). A noter que dans la dimension 1 et la dimension 2, ce sont toujours les spécialistes (médecins et infirmier(ère)s) qui ont les scores les plus faibles.

Finalement, rappelons que contrairement aux deux autres dimensions, les scores obtenus pour la dimension 3 " Niveau de conflit associé à la collaboration " doivent être interprétés en tenant compte de la connotation négative des énoncés. Un score plus bas porte donc une signification plutôt positive, c'est-à-dire qu'il suggère une perception d'un " Niveau de conflit associé à la collaboration " plutôt faible. Dans le tableau qui suit, on peut voir que le score global sur cette dimension est effectivement assez faible à 2.2 (ET 0.8). Les scores les plus bas sont ceux des infirmier(ère)s en soins généraux et médecins de premier recours. Le score le plus élevé qui indique une perception d'un niveau de conflit plus élevé est celui des spécialistes en diabétologie : qu'ils soient infirmier(ère)s (M 2.8 ; ET 0.9) ou des médecins (M 2.6 ; 0.9).

Tableau 5 Dimensions de la collaboration (nombre d'énoncés), moyennes (écart-types) par dimension et par catégorie de répondants.

Dimensions (Enoncés)	Moyenne (écart-type) max 5.0
Dimension 1 : Partage des activités de soins	8 énoncés
ENSEMBLE (n=332)	3.7 (0.7)
Médecins total (n=122)	3.6 (0.7)
Médecins diabétologues	3.4
Autres médecins*	3.6
Infirmier(ère)s total (n=210)	3.8 (0.7)
Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.5
Autres infirmier(ère)s‡	3.8
Dimension 2 : Coordination	9 énoncés
ENSEMBLE (n=310)	3.4 (0.7)
Médecins total (n=111)	3.3 (0.8)
Médecins diabétologues	3.0
Autres médecins*	3.3
Infirmier(ère)s total (n=199)	3.4 (0.7)
Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.1
Autres infirmier(ère)s‡	3.5
Dimension 3 : Niveau de conflit associé à la collaboration	7 énoncés
ENSEMBLE (n=296)	2.2 (0.8)
Médecins total (n=104)	2.2 (0.8)
Médecins diabétologues	2.6
Autres médecins*	2.2
Infirmier(ère)s total (n=192)	2.1 (0.8)
Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.8
Autres infirmier(ère)s‡	2.1

* Comprend les médecins de premier recours plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

‡ Comprend les infirmier(ère)s en soins généraux plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

5.3.3 Dimension 1 : Partage des activités de soins - Coll. IntPro

Pour ce qui est de la dimension 1 " Partage des activités de soins ", les résultats sont présentés au Tableau 6. On peut y voir que les trois énoncés ayant les moyennes les plus élevées (parmi les huit qui la constituent) sont les suivants (entre parenthèses sont indiqués leur moyenne M et écart type ET). D'abord il s'agit de l'énoncé 2 relatif à la prise en considération des informations communiquées par les autres professionnels au sujet des patients (M 4.0 ; ET 0.8). Puis, l'énoncé 1 relatif à la prise en considération de l'ensemble des besoins des patients (M 3.9 ; ET 0.9). En troisième place arrive l'énoncé 5 (M 3.9 ; ET 0.9) portant sur le fait que lors de situations difficiles

ou complexes, les professionnels sollicitent le soutien (avis, conseil) auprès d'autres groupes professionnels. Pour ces trois énoncés, environ 70% des répondants se disent plutôt d'accord.

Tableau 6 Collaboration interprofessionnelle – Dimension 1 : Partage des activités de soins

Énoncés		Moyenne (Écart- type)	Degré d'accord %		
			Peu	Moyen- nement	Plutôt
Énoncé 1 :	Ensemble (n=332)	3.9 (0.9)	6.6	24.4	69.0
Les professionnels de la santé prennent en considération l'ensemble des besoins de ses patients/de sa clientèle, c'est à dire les besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels.	Médecins total (n=122)	3.8 (0.9)	7.4	30.3	62.3
	Médecins diabétologues	3.3	25.0	25.0	50.0
	Autres médecins*	3.9	5.1	29.5	65.4
	Infirmier(ère)s total (n=210)	4.0 (0.9)	6.2	21.0	72.9
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	4.0	11.8	11.8	76.5
	Autres infirmier(ère)s‡	4.0	5.6	21.7	72.7
Énoncé 2 :	Ensemble (n=332)	4.0 (0.8)	3.0	22.4	74.6
Les professionnels de la santé prennent en considération les données et informations communiquées par les autres professionnels, concernant leur patient/client.	Médecins total (n=121)	4.0 (0.8)	3.3	23.1	73.6
	Médecins diabétologues	3.5	12.5	25.0	62.5
	Autres médecins*	4.0	2.6	19.2	78.2
	Infirmier(ère)s total (n=210)	4.1 (0.9)	2.9	22.0	75.1
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.8	0.0	41.2	58.8
	Autres infirmier(ère)s‡	4.1	2.1	20.3	77.6
Énoncé 3 :	Ensemble (n=330)	3.7 (0.9)	10.6	27.9	61.5
Les professionnels de la santé avec lesquels je suis en contact dans le suivi des patients/clients diabétiques fonctionnent ou collaborent facilement malgré l'existence de zones floues dans le partage des responsabilités.	Médecins total (n=121)	3.6 (0.9)	10.7	28.9	60.3
	Médecins diabétologues	3.5	25.0	0.0	75.0
	Autres médecins*	3.6	9.0	35.9	55.1
	Infirmier(ère)s total (n=209)	3.7 (0.9)	10.5	27.3	62.2
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.7	5.9	41.2	52.9
	Autres infirmier(ère)s‡	3.7	11.2	25.9	62.9
Énoncé 4 :	Ensemble (n=330)	3.2 (1.0)	24.6	34.6	40.9
Les professionnels collaborent régulièrement à l'élaboration d'une stratégie commune de prise en charge.	Médecins total (n=121)	3.1 (1.0)	29.8	33.9	36.4
	Médecins diabétologues	3.3	12.5	50.0	37.5
	Autres médecins*	3.0	34.6	34.6	30.8
	Infirmier(ère)s total (n=209)	3.3 (1.0)	21.5	34.9	43.5
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.3	17.7	41.2	41.2
	Autres infirmier(ère)s‡	3.3	20.3	35.7	44.1
Énoncé 5 :	Ensemble (n=329)	3.9 (0.9)	7.9	20.1	72.0
Lors de situations difficiles ou complexes et si nécessaire, les professionnels sollicitent du soutien (avis, conseil) auprès d'autres groupes professionnels.	Médecins total (n=121)	3.8 (0.9)	9.1	24.0	66.9
	Médecins diabétologues	3.8	12.5	12.5	75.0
	Autres médecins*	3.8	9.0	21.8	69.2
	Infirmier(ère)s total (n=208)	4.0 (0.9)	7.2	17.8	75.0
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.8	11.8	11.8	76.5
	Autres infirmier(ère)s‡	4.1	4.9	17.5	77.6

Enoncés		Moyenne (Ecart- type)	Degré d'accord %		
			Peu	Moyen- nement	Plutôt
Enoncé 6 :	Ensemble (n=329)	3.7 (0.9)	10.3	27.7	62.0
Les professionnels échangent entre eux les informations pertinentes au sujet de leurs patients/clients communs.	Médecins total (n=121)	3.6 (0.9)	10.7	31.4	57.9
	Médecins spécialistes FMH	3.5	12.5	25.0	62.5
	Autres médecins*	3.5	11.5	34.6	53.8
	Infirmier(ère)s total (n=209)	3.8 (0.9)	10.1	25.5	64.4
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.4	12.5	50.0	37.5
	Autres infirmier(ère)s‡	3.9	6.3	24.5	69.2
Enoncé 7 :	Ensemble (n=330)	3.7 (0.9)	10.3	30.6	59.1
Les professionnels collaborent entre eux pour assurer le suivi de leurs patients/clients communs.	Médecins total (n=121)	3.5 (0.9)	14.1	29.8	56.2
	Médecins diabétologues	3.5	12.5	25.0	62.5
	Autres médecins*	3.5	15.4	25.6	59.0
	Infirmier(ère)s total (n=209)	3.7 (0.9)	8.1	31.1	60.8
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.3	11.8	53.0	35.3
	Autres infirmier(ère)s‡	3.8	4.2	32.2	63.6
Enoncé 8 :	Ensemble (n=328)	3.4 (0.9)	18.9	35.1	46.0
Le niveau de collaboration entre les professionnels est élevé.	Médecins total (n=120)	3.3 (0.9)	20.0	36.7	43.3
	Médecins diabétologues	2.9	25.0	50.0	25.0
	Autres médecins*	3.3	23.1	29.5	47.4
	Infirmier(ère)s total (n=208)	3.4 (1.0)	18.3	34.1	47.6
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.0	23.5	52.9	23.5
	Autres infirmier(ère)s‡	3.5	14.1	36.6	49.3

* Comprend les médecins de premier recours plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

‡ Comprend les infirmier(ère)s en soins généraux plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

Les trois énoncés avec les moyennes les plus basses sont les suivants : l'énoncé 8 portant sur le fait que le niveau de collaboration entre les professionnels soit élevé (M 3.4 ; ET 0.9), l'énoncé 4 qui porte sur le fait que les professionnels collaborent régulièrement à l'élaboration d'une stratégie commune de prise en charge (M 3.2 ; ET 1.0) ; et finalement, l'énoncé 7 disant que les professionnels collaborent entre eux pour assurer le suivi de leurs patients/clients communs (M 3.7 ; ET 0.9). Pour ces trois énoncés, les proportions de personnes se disant " Peu d'accord " ou " Moyennement d'accord " se situent entre 40% et 60%.

Le pourcentage des infirmier(ère)s dans la catégorie " plutôt d'accord " est systématiquement plus élevé que celui des médecins. Les spécialistes (médecins et infirmier(ère)s) ont aussi un degré d'accord moins élevé que leurs collègues généralistes. Dans cette dimension, il semble que la profession infirmière et la non spécialisation en diabétologie/endocrinologie joue un rôle dans la perception plus favorable du partage des activités de soins.

5.3.4 Dimension 2 : Coordination interprofessionnelle - Coll. IntPro

Dans cette dimension, tel que montré au Tableau 7, c'est l'énoncé 6 relatif au fait que les professionnels font des efforts pour éviter les conflits au sujet du partage des tâches et des responsabilités qui obtient le score le plus élevé (M 3.7 ; ET 1.0). Suit, le fait que les différents groupes professionnels prodiguent des soins sans se porter préjudice mutuel (M 3.6 ; ET 0.9). Le troisième énoncé qui obtient le degré d'accord le plus élevé est l'énoncé 1 relatif à la participation des professionnels aux prises de décisions qui concernent les besoins de santé des patients (M 3.6 ; ET 0.9). Ces énoncés réfèrent aux notions d'allégeances ou à la connectivité - concertation mais indiqueraient un niveau de collaboration en construction⁵ plutôt qu'en action.

Les trois énoncés montrant les moyennes les plus basses sont les suivantes. Par ordre, il s'agit d'abord de l'énoncé 1 " Le partage des responsabilités cliniques entre les différents groupes professionnels est clair " (M 3.0 ; 1.0). Puis, il s'agit de l'énoncé 2 " Les relations entre les groupes professionnels sont égalitaires (c'est à dire qu'on considère que les apports des uns sont aussi importants que les apports des autres) " (M 3.1 ; 1.0). Finalement, l'énoncé 8 portant sur le fait que " Les activités de prises en charge par des professionnels de différents groupes auprès d'un même patient/client sont bien coordonnées " fait aussi partie des trois scores les plus faibles (M 3.2 ; 1.0). Ces énoncés réfèrent aux notions d'allégeances ou à la connectivité - concertation.

Il est à noter que le pourcentage des médecins et des infirmier(ère)s en soins généraux dans la catégorie "plutôt d'accord" est systématiquement plus élevé que celui des spécialistes mais que relativement peu de différences sont observables entre les deux types de médecins et les deux types d'infirmier(ère)s. La spécialisation semble donc jouer un rôle dans la perception de la coordination.

Tableau 7 Collaboration interprofessionnelle – Dimension 2 : Coordination interprofessionnelle

Énoncés	Moyenne (Écart-type)	Degré d'accord %			
		Peu	Moyen- nement	Plutôt	
Énoncé 1 :	Ensemble (n=308)	3.6 (0.9)	10.1	35.4	54.6
Les professionnels participent aux prises de décision qui concernent les besoins de santé de leurs patients/clients	Médecins total (n=109)	3.8 (0.8)	4.6	30.3	65.1
	Médecins diabétologues	3.5	0.0	50.0	50.0
	Autres médecins*	3.8	6.6	26.3	67.1
	Infirmier(ère)s total (n=199)	3.5 (0.9)	13.1	38.2	48.7
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.5	0.0	52.9	47.1
	Autres infirmier(ère)s‡	3.5	13.5	34.8	51.8
Énoncé 2 :	Ensemble (n=307)	3.1 (1.0)	29.3	39.1	31.6
Les relations entre les groupes professionnels sont égalitaires (c'est-à-dire qu'on considère que les apports des uns sont aussi importants que les apports des autres).	Médecins total (n=110)	3.2 (1.0)	25.5	32.7	41.8
	Médecins diabétologues	2.9	25.0	62.5	12.5
	Autres médecins*	3.2	23.1	35.9	41.0
	Infirmier(ère)s total (n=197)	3.0 (1.0)	31.5	42.6	25.9
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.9	29.4	52.9	17.7
	Autres infirmier(ère)s‡	3.0	31.4	42.9	25.7

Enoncés		Moyenne (Ecart- type)	Degré d'accord %		
			Peu	Moyen- nement	Plutôt
Enoncé 3 :	Ensemble (n=309)	3.0 (1.0)	30.4	38.2	31.4
Le partage des responsabilités cliniques entre les différents groupes professionnels est clair.	Médecins total (n=111)	2.9 (1.0)	33.3	37.8	28.8
	Médecins diabétologues	2.5	37.5	62.5	0.0
	Autres médecins*	3.0	32.1	38.5	29.5
	Médecins total (n=198)	3.1 (1.0)	28.8	38.4	32.8
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.8	35.3	47.1	17.7
	Autres infirmier(ère)s‡	3.1	24.3	41.4	34.3
Enoncé 4 :	Ensemble (n=309)	3.6 (0.9)	11.3	29.1	59.5
Les différents groupes de professionnels prodigent les soins	Médecins total (n=110)	3.6 (1.0)	11.8	33.6	54.5
	Médecins diabétologues	3.4	0.0	62.5	37.5
	Autres médecins*	3.6	11.5	32.1	56.4
	Infirmier(ère)s total (n=199)	3.7 (0.9)	11.1	26.6	62.3
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.2	23.5	35.3	41.2
	Autres infirmier(ère)s‡	3.8	8.5	24.8	66.7
Enoncé 5 :	Ensemble (n=309)	3.3 (1.0)	22.0	33.0	45.0
Les activités propres aux différents professionnels qui collaborent ensemble sont bien définies.	Médecins total (n=110)	3.0 (1.0)	30.0	34.6	35.5
	Médecins diabétologues	2.9	25.0	62.5	12.5
	Autres médecins*	3.0	32.1	33.3	34.6
	Infirmier(ère)s total (n=199)	3.4 (1.0)	17.6	32.2	50.3
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.9	35.3	41.2	23.5
	Autres infirmier(ère)s‡	3.5	13.5	32.6	53.9
Enoncé 6 :	Ensemble (n=309)	3.7 (1.0)	12.3	24.6	63.1
Les professionnels font des efforts afin d'éviter des conflits au sujet du partage des tâches et des responsabilités.	Médecins total (n=111)	3.5 (1.0)	15.3	32.4	52.3
	Médecins diabétologues	3.4	12.5	37.5	50.0
	Autres médecins*	3.5	15.4	30.8	53.9
	Infirmier(ère)s total (n=198)	3.8 (0.9)	10.6	20.2	69.2
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.2	23.5	35.3	41.2
	Autres infirmier(ère)s‡	3.9	7.1	18.4	74.5
Enoncé 7 :	Ensemble (n=307)	3.4 (1.0)	19.5	30.6	49.8
Les activités de collaboration interprofessionnelles sont bien intégrées dans le fonctionnement quotidien.	Médecins total (n=111)	3.2 (1.0)	24.3	35.1	40.5
	Médecins diabétologues	2.8	37.5	37.5	25.0
	Autres médecins*	3.2	23.1	34.6	42.3
	Infirmier(ère)s total (n=196)	3.5 (1.0)	16.8	28.1	55.1
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.1	17.7	52.9	29.4
	Autres infirmier(ère)s‡	3.6	13.0	28.1	59.0
Enoncé 8 :	Ensemble (n=308)	3.2 (1.0)	23.4	37.7	39.0
Les activités de prise en charge par des professionnels de différents groupes auprès d'un même patient/client sont bien coordonnées.	Médecins total (n=110)	3.0 (1.0)	27.3	40.0	32.7
	Médecins diabétologues	2.8	12.5	87.5	0.0
	Autres médecins*	3.1	25.6	41.0	33.3
	Infirmier(ère)s total (n=198)	3.3 (1.0)	21.2	36.4	42.4
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.7	47.1	29.4	23.5
	Autres infirmier(ère)s‡	3.3	16.4	40.7	46.9

Enoncés		Moyenne (Ecart- type)	Degré d'accord %		
			Peu	Moyen- nement	Plutôt
Enoncé 9:	Ensemble (n=304)	3.3 (0.9)	17.8	36.9	45.4
Du point de vue des patients/clients, la collaboration est vue comme harmonieuse.	Médecins total (n=110)	3.3 (0.9)	20.0	37.3	42.7
	Médecins diabétologues	3.0	12.5	75.0	12.5
	Autres médecins*	3.3	18.0	37.2	44.9
	infirmier(ère)s total (n=194)	3.4 (0.9)	16.5	36.6	46.9
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.0	33.3	40.0	26.7
	Autres infirmier(ère)s‡	3.4	12.9	40.0	47.1

* Comprend les médecins de premier recours plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

‡ Comprend les infirmier(ère)s en soins généraux plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

5.3.5 Dimension 3 : Niveau de conflit associé à la collaboration – Coll. IntPro

Contrairement aux deux dimensions précédentes et tel qu'indiqué précédemment, les valeurs des scores obtenus pour la dimension 3 « Niveau de conflit associé à la collaboration » doivent être interprétées différemment, en raison de la structure des énoncés. En effet, la connotation négative des énoncés fait en sorte qu'un score plus bas porte une signification plutôt positive, c'est-à-dire qu'il suggère un niveau de conflit plutôt faible.

Ainsi, les trois énoncés qui obtiennent les moyennes les plus faibles sont d'abord l'énoncé 4 qui stipule que les relations interprofessionnelles sont perçues comme impliquant des gagnants et des perdants (M 1.7 ; ET 1.0). S'en suit l'énoncé 6 sur un haut niveau de compétition entre les professionnels (M 2.0 ; ET 1.0) et l'énoncé 2 sur le fait que les conflits sont fréquents concernant le partage des responsabilités entre les professionnels (M 2.1 ; ET 1.0). Pour ces trois énoncés, la proportion de l'ensemble des répondants se disant peu d'accord varie entre 70% et 80%. Ces énoncés réfèrent aux notions de finalité, d'allégeances ou à la coordination, à la connectivité et à la concertation.

Les trois énoncés pour lesquels les répondants ont le plus haut niveau d'accord sont les suivants : d'abord, il s'agit de l'énoncé 7 qui porte sur le fait qu'il y a une certaine incompatibilité entre les objectifs des différents groupes professionnels (M 2.3 ; ET 1.1). En deuxième place vient l'énoncé disant que les objectifs poursuivis par certains professionnels discordent avec les objectifs du plan de traitement (M 2.5, ET 1.1). Enfin, il s'agit de l'énoncé 5 disant qu'il y a toujours des professionnels qui restent insatisfaits lorsque des décisions sont prises par un groupe de professionnels (M 2.5 ; ET 2.1). Ces énoncés réfèrent aux notions de finalité, d'allégeances ou à la centralité.

Dans cette dimension, il est à noter que le pourcentage des spécialistes (médecins et des infirmier(ère)s) dans la catégorie « plutôt d'accord » est systématiquement plus élevé que celui des généralistes (médecins et infirmier(ère)s) dans leur discipline respective. Un seul énoncé échappe à ce constat chez les médecins. Il s'agit de l'énoncé 2 portant sur le fait que les conflits sont fréquents concernant le partage des responsabilités entre les professionnels. Pour cet énoncé le pourcentage des médecins se disant plutôt d'accord est semblable entre les spécialistes (12.5%) et les médecins de premier recours (12.8%).

Le pourcentage des spécialistes (médecins et infirmier(ère)s) dans la catégorie « plutôt d'accord » est plus élevé -dans 6 énoncés sur 7- que celui des généralistes dans leur discipline respective. Cela signifie que les spécialistes (médecins et infirmier(ère)s) perçoivent un niveau de conflit potentiellement plus élevé que ne le font les généralistes (médecins et infirmier(ère)s) (Tableau 8).

Tableau 8 Collaboration interprofessionnelle – Dimension 3 : Niveau de conflit associé à la collaboration

Énoncés		Moyenne (Écart- type)	Degré d'accord %		
			Peu	Moyen- nement	Plutôt
Énoncé 1 :	Ensemble (n=292)	2.5 (1.0)	56.5	25.0	18.5
Les objectifs poursuivis par certains professionnels sont discordants par rapport aux objectifs du plan de traitement.	Médecins total (n=103)	2.6 (1.1)	50.5	25.2	24.3
	Médecins diabétologues *	3.0	25.0	37.5	37.5
	Autres médecins*	2.6	49.4	26.0	24.7
	Infirmier(ère)s total (n=189)	2.4 (1.1)	59.8	24.9	15.3
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto‡	2.9	43.8	25.0	31.3
	Autres infirmier(ère)s‡	2.3	62.0	28.2	9.9
Énoncé 2 :	Ensemble (n=293)	2.1 (1.0)	69.6	19.8	10.6
Les conflits sont fréquents concernant le partage des responsabilités entre les professionnels.	Médecins total (n=104)	2.1 (1.0)	70.2	18.3	11.5
	Médecins diabétologues	2.6	37.5	50.0	12.5
	Autres médecins*	2.1	73.1	14.1	12.8
	Infirmier(ère)s total (n=189)	2.1 (1.0)	69.3	20.6	10.1
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.8	35.3	35.3	29.4
	Autres infirmier(ère)s‡	2.0	73.1	19.2	7.8
Énoncé 3 :	Ensemble (n=292)	2.1 (1.0)	67.8	21.2	11.0
En général, les conflits entre les professionnels concernant le partage des responsabilités dans la prise en charge ou le suivi des patients/clients diabétiques se règlent difficilement.	Médecins total (n=104)	2.2 (1.1)	69.2	19.2	11.5
	Médecins diabétologues	2.8	37.5	37.5	25.0
	Autres médecins*	2.1	73.1	18.0	9.0
	Infirmier(ère)s total (n=188)	2.1 (1.0)	67.0	22.3	10.6
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.9	35.3	35.3	29.4
	Autres infirmier(ère)s‡	2.0	71.6	19.9	8.5
Énoncé 4 :	Ensemble (n=295)	1.7 (1.0)	82.4	10.5	7.1
Les relations interprofessionnelles sont perçues comme impliquant des gagnants et des perdants (si l'un perd, l'autre gagne).	Médecins total (n=104)	1.8 (1.0)	81.7	8.7	9.6
	Médecins diabétologues	2.1	75.0	12.5	12.5
	Autres médecins*	1.8	83.3	7.7	9.0
	Infirmier(ère)s total (n=191)	1.6 (0.9)	82.7	11.5	5.8
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.1	76.5	0.0	23.5
	Autres infirmier(ère)s‡	1.6	83.2	13.3	3.5

Énoncés		Moyenne (Ecart- type)	Degré d'accord %		
			Peu	Moyen- nement	Plutôt
Énoncé 5 :	Ensemble (n=293)	2.5 (1.1)	56.3	22.2	21.5
Il y a toujours des professionnels qui restent insatisfaits lorsque des décisions sont prises par un groupe de professionnels.	Médecins total (n=104)	2.5 (1.1)	54.8	23.1	22.1
	Médecins diabétologues	2.8	62.5	0.0	37.5
	Autres médecins*	2.4	55.1	25.6	19.2
	Infirmier(ère)s total (n=189)	2.5 (1.1)	57.1	21.7	21.2
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.1	37.5	18.8	43.8
	Autres infirmier(ère)s‡	2.5	60.8	18.9	20.3
Énoncé 6 :	Ensemble (n=292)	20.0 (1.0)	73.3	17.8	8.9
Il y a un haut niveau de compétition entre les professionnels des différents groupes.	Médecins total (n=103)	2.0 (1.0)	71.8	19.4	8.7
	Médecins diabétologues	2.4	62.5	25.0	12.5
	Autres médecins*	1.9	76.6	18.2	5.2
	Infirmier(ère)s total (n=189)	2.0 (1.0)	74.1	16.9	9.0
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	2.7	47.1	23.5	29.4
	Autres infirmier(ère)s‡	1.9	78.7	14.9	6.4
Énoncé 7 :	Ensemble (n=293)	2.3 (1.1)	60.4	25.3	14.3
Il y a une certaine incompatibilité entre les objectifs des différents groupes professionnels.	Médecins total (n=104)	2.4 (1.1)	53.9	32.7	13.5
	Médecins diabétologues	2.6	62.5	0.0	37.5
	Autres médecins*	2.3	50.0	39.7	10.3
	Infirmier(ère)s total (n=189)	2.4 (1.1)	64.0	21.2	14.8
	Infirmier(ère)s spécialistes diabéto	3.2	29.4	23.5	47.1
	Autres infirmier(ère)s‡	2.3	67.4	21.3	11.4

* Comprend les médecins de premier recours plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

‡ Comprend les infirmier(ère)s en soins généraux plus ceux(celles) qui n'ont pas renseigné leur spécialisation

5.4 Discussion

Ce qui frappe dans les résultats, c'est d'abord que les énoncés montrant le degré d'accord le plus élevé sont des énoncés de la dimension 1 « Partage des activités de soins ». Les moyennes de la dimension 2 sur la « Coordination interprofessionnelle » sont plus faibles.

Les scores élevés à la dimension 1 « Partage des activités de soins », illustrent un effort consenti face à la continuité de l'information, continuité de l'approche clinique¹¹, ce qui, dans le modèle de D'Amour et al⁵, réfère à la capacité de se centrer sur la finalité et sur les allégeances envers un modèle des besoins patients plutôt que sur les besoins des professionnels. Ce qui frappe également, c'est que les infirmier(ère)s présentent des moyennes de scores plus élevées à la dimension globale et aux huit énoncés. Elles perçoivent donc plus favorablement le partage des activités de soins. Finalement, dans cette dimension, il semble aussi que la non spécialisation en diabétologie jouerait un rôle dans la perception plus favorable du partage des activités de soins.

Pour la dimension 2 qui concerne la coordination interprofessionnelle, les scores sont globalement plus faibles que ceux de la dimension 1. Les résultats de la dimension 2 montrent

que les énoncés avec les scores les plus faibles reposent sur les notions reliées à la clarté, la coordination et aux relations égalitaires dans le partage des responsabilités entre les groupes professionnels pour un même patient, ce qui pour D'Amour et al.⁵, ou encore pour San Martin Rodriguez et al.⁸ traduirait une certaine faiblesse dans les éléments de formalisation de cette collaboration. Aussi, les spécialistes -qu'ils soient médecins ou infirmier(ère)s - perçoivent plus favorablement la coordination que les répondants s'étant catégorisés comme généralistes. Les résultats au sein de cette dimension étayent la pertinence de l'un des fondements du Programme Cantonal Diabète à savoir « consolider les dispositifs de coopération et de coordination pour les soins aux patients^d »

Enfin, en ce qui concerne la dimension 3 relative au niveau de conflit associé à la collaboration, les scores sont faibles reflétant une perception faible du niveau de conflit. Le pourcentage des spécialistes (médecins et infirmier(ère)s dans la catégorie « plutôt d'accord » est systématiquement plus élevé que celui des médecins et infirmières généralistes.

Pour le volet qui concerne la collaboration, les résultats indiquent une collaboration existante qui selon D'Amour et al.⁵, pourrait être considérée « en construction ». Les résultats indiquent aussi que les répondants sont engagés dans des activités de collaboration qui ne génèrent pas de conflit structurel marqué mais qui ne reposent pas vraiment sur une structure de coordination forte pour les soins auprès de patients diabétiques.

5.5 L'essentiel en bref - Coll.IntPro

- La première dimension de ce volet sur la collaboration interprofessionnelle explorait le niveau d'accord avec des énoncés reflétant la notion de partage des soins. Les infirmier(ère)s en soins généraux rapportaient le score le plus élevé (3.8) et les médecins spécialistes en diabétologie le score le plus faible (3.4).
- La seconde dimension explorait le niveau d'accord avec des énoncés reflétant la notion de coordination interprofessionnelle. Là aussi les infirmier(ère)s en soins généraux rapportaient le score le plus élevé (3.5) et les médecins spécialistes en diabétologie le score le plus faible (3.0).
- La troisième dimension explorait le niveau de conflit associé à la collaboration interprofessionnelle. Pour l'ensemble des répondants le niveau de conflit était perçu comme faible (2.2). Les PdS spécialistes en diabétologie (médecins et infirmier(ère)s) avaient les scores les plus élevés, signifiant une perception d'un niveau de conflit plus marqué dans les relations interprofessionnelles, respectivement 2.6 et 2.8.

^d <http://pcd.diabete-vaud.ch/>

6

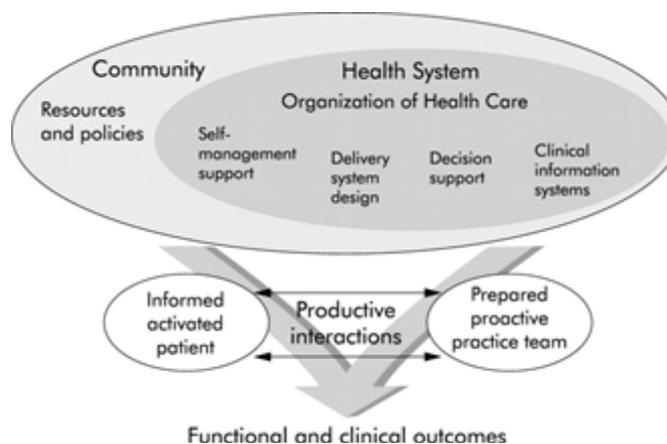
Pratiques professionnelles (Pr.Pro)

6 Pratiques professionnelles (Pr.Pro)

6.1 Introduction – Pr.Pro.

Le Chronic Care Model¹ (Figure 4) démontre comment des interactions productives entre un patient informé-confiant et une équipe de soins préparée et proactive peuvent amener à des meilleurs résultats cliniques et fonctionnels. Il propose notamment, le soutien à la prise en charge de la maladie par le patient lui-même (Self-management support – Soutien à l’autogestion par les patients), le travail en équipe et l’interdisciplinarité (Delivery system design – Organisation de l’offre et des prestations), les prises en charge basées sur les preuves (Decision support – Soutien à la décision clinique), couplés à des systèmes de recueil, de transmission et de retour d’information aux PdS et patients et enfin de monitoring des performances (Clinical system information – Système d’information clinique), dans un contexte de mobilisation et d’utilisation des ressources communautaires et d’organisation d’ensemble du système de santé.

Figure 4 Chronic Care Model



Développé dans les années 1990 par Wagner & al¹, ce modèle est très fréquemment considéré comme base conceptuelle des nouveaux modèles de prise en charge des maladies chroniques. Tandis que le questionnaire Patient Assessment of Chronic Care (PACIC)¹² a été développé dans le but de demander au patient d’évaluer sa prise en charge, et ainsi d’investiguer le degré de rapprochement entre les soins (prises en charge) actuel(le)s, prodigué(e)s par une équipe de soins, et les recommandations du Chronic Care Model, le questionnaire Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) est proposé aux PdS¹³. Ce dernier, développé pour explorer le point de vue des professionnels dans la prise en charge des maladies chroniques, investigue cependant essentiellement la politique et l’organisation de prise en charge plutôt que la pratique clinique individuelle.

6.2 Méthode – Pr.Pro.

Le questionnaire PACIC-5A, qui comprend 6 énoncés supplémentaires par rapport aux 20 énoncés du questionnaire PACIC, a été traduit et adapté culturellement au contexte Suisse romand en 2010¹⁴. Le questionnaire destiné au présent projet a repris, « en miroir », la version en français du questionnaire PACIC-5A utilisé dans la cohorte de patients diabétiques vaudois (CoDiab-VD) depuis 2011^{15, 16}. Ce questionnaire, que nous avons dénommé PACIC-5A-modifié, permet ainsi d'obtenir l'avis des PdS sur leur propre prise en charge des patients diabétiques. Pour ce faire, les énoncés des 26 questions ont été modifiés pour adopter la perspective des PdS et de leur pratique quotidienne. Ainsi, les phrases débutant par « on m'a donné ... » ont été remplacées par « lui donnez-vous ... » (cf. Tableau 8 pour le détail des énoncés). Une telle démarche effectuée précédemment en Australie¹⁵, incorporait aussi, pour chacun des énoncés, un énoncé concernant la nécessité ou pas de fournir les différents types de soins, et quel PdS devait s'en occuper. Ces parties additionnelles d'énoncés ont aussi été considérées dans le questionnaire de la présente enquête.

Tandis que les modalités de réponse du PACIC-5A-modifié allaient de 1 (jamais / aucune des fois où je vois le patient) à 5 (toujours / chaque fois que je vois le patient), celles explorant la nécessité ainsi que la(les) personnes préférentiellement responsable(s) de fournir le soin en question permettaient de choisir entre « médecin », « infirmier(ère) », « les deux », et « ce type de soins ne devrait pas être fourni ».

La version finale du questionnaire PACIC-5A-modifié est disponible dans l'annexe 12.2.

6.2.1 Analyse descriptive - Pr.Pro.

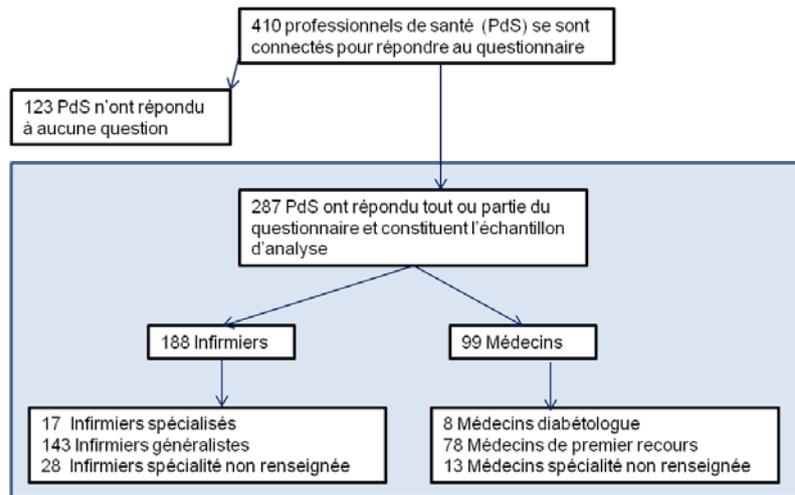
Des moyennes ont été calculées pour chacun des 26 énoncés ainsi que pour le score global composé des 20 premiers énoncés du PACIC¹⁴. Les moyennes ont ensuite été comparées au sein des deux catégories professionnelles médecins et infirmier(ère)s, ainsi qu'au sein des quatre sous-groupes de PdS : médecins spécialistes, médecins de premier recours, infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie, infirmier(ère)s en soins généraux. Des analyses descriptives bivariées ont été effectuées avec les réponses concernant la nécessité de prodiguer les soins et qui devait le faire.

6.3 Résultats – Pr.Pro.

6.3.1 Sélection et description des répondants – Pr.Pro.

Parmi les 410 participants à l'enquête, 287 ont répondu au questionnaire PACIC-5A-modifié dans son ensemble ou partiellement. (Figure 5).

Figure 5 Diagramme des répondants –Volet 2 – Pr.Pro.



Le sex-ratio H/F était de 0.4, l'âge moyen était de 46 ans. Parmi les 99 médecins ayant répondu, 8 d'entre eux étaient spécialistes FMH en diabétologie. Dix-sept infirmier(ère)s sur 188 étaient spécialisé(e)s en diabétologie. Treize médecins et 28 infirmier(ère)s n'ont pas précisé s'ils avaient une spécialité en diabétologie, mais ont toutefois répondu au questionnaire (Tableau 9).

Tableau 9 Description de l'échantillon pour le volet 2 - Pr.Pro

	Effectifs	Age moyen
Homme	66	51
Femme	177	45
Non renseigné	44	53
Total médecins	99	52
<i>Médecins de famille ou internistes</i>	78	52
<i>Médecins diabétologues</i>	8	45
<i>Non renseigné</i>	13	44
Total Infirmier(ère)s	188	44
<i>Infirmier(ère)s spécialisé(e)s</i>	17	48
<i>Infirmier(ère)s en soins généraux</i>	143	43
<i>Non renseigné</i>	28	52
Total	287	46

6.3.2 Résultats des 26 énoncés du questionnaire Pr.Pro.

Les moyennes de chacun des 26 énoncés et du score global sont présentées dans le Tableau 10, pour l'ensemble des participants ainsi que par catégorie et sous-catégorie professionnelle. Les PdS évaluaient leur propre pratique professionnelle sur une échelle qui proposait cinq possibilités allant de 1=« jamais » à 5= « toujours ». Ce tableau montre que les moyennes considérées pour l'ensemble des participants varient entre 2.7 et 4.2, avec quatre énoncés donnant des moyennes inférieures ou égales à 3 (énoncés 4, 16, 17, 26) et quatre énoncés obtenant la valeur moyenne la plus élevée (4.2 : énoncés 6, 9, 11, 24). Tandis que ces dernières concernaient des activités directement liées au traitement et à la prise en charge du diabète ainsi qu'aux habitudes de vie des patients, les énoncés obtenant les scores les plus bas relevaient d'activités peu considérées dans le quotidien des PdS, ou peu disponibles dans le canton de Vaud (« donner une liste écrite de choses à faire pour améliorer sa santé », « encourager à participer à des programmes organisés localement », « donner un carnet de bord dans lequel noter les progrès ») .

Lorsque l'on examine les résultats par groupes professionnels, on peut noter ce qui suit :

- Les infirmier(ère)s spécialisé(e)s reportaient globalement le meilleur score global moyen (4.2), suivi(e)s des médecins diabétologues (score global moyen : 4.0) ; les médecins de premier recours et infirmier(ère)s en soins généraux fermaient ensemble la marche (score global moyen : 3.5) ;
- Les PdS spécialisé(e)s en diabétologie (médecins et infirmier(ère)s) reportaient plus fréquemment fournir la plupart des soins évalués (i.e. moyennes plus élevées) que les professionnels non spécialistes (médecins et infirmier(ère)s). Parmi les PdS spécialisé(e)s, les infirmier(ère)s avaient des moyennes plus élevées que les médecins à tous les énoncés sauf aux énoncés 15, 20, 26 (« demander comment le diabète affecte la vie du patient », « demander comment se déroulent les consultations avec les autres médecins », « donner un carnet de bord dans lequel noter les progrès ») ;
- Le seul énoncé pour lequel les moyennes des professionnels non spécialisé(e)s en diabétologie (médecins et infirmier(ère)s) étaient plus élevées que celles des professionnels spécialisé(e)s, était l'énoncé qui concernait le fait de donner un exemplaire du plan de traitement au patient (énoncé 9) ;
- Les moyennes des infirmier(ère)s, spécialisé(e) ou non, étaient plus élevées que celles des médecins (diabétologues et généralistes) dans cinq types de soins (énoncés 5, 9, 12, 14, 23 : « satisfaction de l'organisation des soins », « donner un exemplaire du plan de traitement », « considérer les valeurs et traditions du patient », « aider le patient à s'organiser pour prendre soins de son état de santé », « aider le patient à s'organiser pour obtenir le soutien de ses amis, de sa famille ») ;

Les différences de moyennes entre les professionnels spécialisé(e)s et non spécialisé(e)s, au sein d'une même profession, étaient plus grandes parmi le personnel infirmier que médical, dans 15 des 26 énoncés du PACIC-5A-modifié (énoncés 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10 à 14, 17, 19, 21, 22).

Tableau 10 Prise en charge globale (PACIC-5A-modifié)* telle que reportée par les professionnels de santé (moyennes, et déviation standard (DS) pour la colonne « tous les participants », « médecins » et « infirmier(ère)s »)

Enoncés	Tous les participants (n)	Médecins Total	Médecins diabétologues	Médecins de premier recours	Infirmier(ère)s Total	Infirmier(ère)s spécialistes	Infirmier(ère)s soins généraux	
Score global (énoncés 1 à 20)	(n=244)	3.6 (0.5)	3.6 (0.5)	4	3.5	3.7 (0.4)	4.2	3.5
Questions individuelles (de 1 à 26)								
A quelle fréquence...								
1 ... lui demandez vous son avis lors de l'élaboration du plan de traitement.	285	3.9 (1.0)	4.2 (0.8)	4.4	4.1	3.9 (1.1)	4.5	3.6
2 ... lui proposez-vous diverses options de traitement auxquelles réfléchir.	282	3.4 (1.1)	3.9 (0.7)	4.4	3.9	3.4 (1.1)	4.1	3.0
3 ... lui demandez-vous de parler de tout problème lié à ses médicaments ou à leurs effets.	282	4.1 (0.8)	4.2 (0.8)	4.3	4.2	4.1 (0.8)	4.6	4.0
4 ... lui donnez-vous une liste écrite de choses qu'il devrait faire pour améliorer sa santé.	282	2.7 (1.0)	2.7 (1.0)	2.8	2.6	2.7 (1.0)	2.9	2.7
5 ... êtes-vous satisfait de la manière dont vous organisez ses soins.	282	3.8 (0.6)	3.7 (0.5)	3.6	3.7	3.8 (0.6)	4.0	3.9
6 ... lui expliquez-vous en quoi la manière dont il s'occupe de son diabète influence son état de santé.	283	4.2 (0.7)	4.1 (0.7)	4.4	4.1	4.2 (0.7)	4.8	4.1
7 ... lui demandez-vous de parler des objectifs qu'il vise pour prendre soin de son état de santé.	283	3.6 (0.8)	3.6 (0.8)	4.0	3.5	3.6 (0.8)	4.5	3.5
8 ... l'aidez-vous à établir des objectifs personnels pour améliorer son alimentation ou son activité physique.	285	3.7 (0.9)	3.8 (0.8)	4.3	3.7	3.7 (0.9)	4.4	3.5
9 ... lui donnez-vous un exemplaire de son plan de traitement.	279	4.2 (0.9)	3.9 (0.9)	3.6	3.9	4.2 (0.9)	4.2	4.4
10 ... l'encouragez-vous à participer à un groupe ou à un cours pour l'aider à gérer son diabète.	283	3.0 (1.0)	3.3 (0.8)	3.8	3.2	3.0 (1.0)	3.9	2.7
11 ... lui posez-vous des questions sur ses habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire.	283	4.2 (0.7)	4.2 (0.7)	4.4	4.2	4.2 (0.7)	4.7	4.1
12 ... tenez-vous compte de ses valeurs et traditions lorsque vous lui recommandiez des traitements.	281	4.0 (0.9)	4.1 (0.8)	4.1	4.0	4.0 (0.9)	4.6	4.0
13 ... l'aidez-vous à établir un plan de traitement adapté à sa vie quotidienne.	284	3.9 (1.0)	4.0 (0.7)	4.4	4.0	3.9 (1.0)	4.6	3.7

Enoncés	Tous les participants (n)		Médecins Total	Médecins diabétologues	Médecins de premier recours	Infirmier(ère)s Total	Infirmier(ère)s spécialistes	Infirmier(ère)s soins généraux
14 ... l'aidez-vous à s'organiser pour être en mesure de prendre soin de son état de santé même dans les moments difficiles.	272	3.8 (0.8)	3.6 (0.8)	3.8	3.5	3.8 (0.8)	4.5	3.9
15 ... lui demandez-vous comment son diabète affecte sa vie.	273	3.6 (0.8)	3.5 (0.9)	4.4	3.3	3.6 (0.8)	4.2	3.6
16 ... le contactez-vous après une consultation pour voir comment les choses vont.	264	3.0 (1.1)	2.6 (0.9)	3.3	2.5	3.0 (1.0)	3.5	3.2
17 ... l'encouragez-vous à participer aux programmes organisés localement qui pourraient l'aider.	270	2.9 (1.0)	3.0 (0.9)	3.5	3.0	2.9 (1.0)	4.0	2.6
18 ... l'adressez-vous à un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(ère) spécialisé(e), ou un(e) autre professionnel(le) de la santé.	270	3.6 (0.8)	3.7 (0.7)	4.0	3.6	3.6 (0.8)	4.1	3.5
19 ... lui expliquez-vous comment ses consultations chez d'autres médecins, comme l'ophtalmologue (spécialiste des yeux), contribuent à son traitement.	269	3.6 (0.9)	3.8 (0.6)	4.1	3.7	3.6 (0.9)	4.1	3.4
20 ... lui demandez-vous comment se déroulent ses consultations avec d'autres médecins.	270	3.6 (1.0)	3.7 (1.0)	4.4	3.6	3.6 (1.0)	3.8	3.5
21 ... lui demandez-vous quel aspect de son diabète il souhaite aborder lors de la consultation.	266	3.1 (1.0)	3.1 (0.9)	3.8	3.0	3.1 (1.0)	4.3	3.0
22 ... lui demandez-vous comment son travail, sa famille ou sa situation sociale influence/joue un rôle dans la prise en charge de son diabète.	272	3.4 (0.9)	3.4 (0.9)	3.8	3.3	3.4 (0.9)	4.4	3.3
23 ... l'aidez-vous à s'organiser pour obtenir le soutien de ses amis, de sa famille, ou de sa communauté.	273	3.2 (0.9)	3.0 (0.9)	3.4	2.9	3.2 (0.9)	4.1	3.3
24 ... lui dites-vous combien ses efforts pour prendre soin de son diabète (p.ex. activité physique) sont importants pour sa santé.	273	4.2 (0.7)	4.2 (0.6)	4.4	4.2	4.2 (0.7)	4.6	4.1
25 ... fixez-vous ensemble un objectif pour ce qu'il pourrait faire pour gérer son état de santé.	270	3.7 (0.9)	3.8 (0.8)	4.4	3.7	3.7 (0.9)	4.5	3.6
26 ... lui donnez-vous un cahier ou carnet de bord dans lequel noter les progrès qu'il fait.	268	2.8 (1.3)	3.0 (1.3)	3.6	2.9	2.8 (1.3)	2.6	2.6

* PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire, échelle en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours).

Note : Afin que le tableau reste lisible, seules les déviations standards (DS) de moyennes de la colonne « tous les patient diabétiques » ont été précisées. Les DS des groupes médecins diabétologues, médecins de premier recours, infirmier(ère)s spécialisé(e)s et infirmier(ère)s de soins généraux variaient individuellement entre (0.5-1.0), (0.5-1.3), (0.5-1.2 et (0.6-1.4), respectivement.

Lorsque l'on examine les valeurs extrêmes, les constatations suivantes peuvent être faites :

- Les moyennes des énoncés variaient de 2.8 à 4.4 pour les médecins diabétologues ; de 2.5 à 4.2 pour les médecins de premier recours ; de 2.6 à 4.8 pour les infirmier(ère)s spécialistes et enfin de 2.6 à 4.4 pour les infirmier(ère)s en soins généraux ;
- Tandis que les moyennes les plus basses étaient notées chez les PdS non spécialisé(e)s, les plus hautes se retrouvaient chez les PdS spécialisé(e)s . La moyenne la plus basse (2.5) était celle des médecins de premier recours à l'énoncé 16 (« Le contactez-vous après une consultation pour voir comment les choses vont »), et la plus élevée (4.8) celle des infirmier(ère)s spécialisées à l'énoncé 6 (« Lui expliquez-vous en quoi la manière dont il s'occupe de son diabète influence son état de santé ») ;
- L'énoncé demandant si le professionnel avait donné une liste écrite de choses que le patient devrait faire pour améliorer sa santé (énoncé 4), avait une moyenne systématiquement très basse (<3.0) ; la moyenne de l'énoncé concernant le cahier dans lequel noter les progrès (énoncé 26) était aussi inférieur à 3.0 pour tous les professionnels sauf les médecins diabétologues ;
- Trois énoncés remportaient des moyennes hautes chez tous les PdS: celles qui concernaient les habitudes de vie et l'impact qu'a sur la santé la manière de s'occuper de son diabète (énoncés 6, 11 et 24).

6.3.3 Les professionnels de santé devant fournir les soins - Questionnaire PACIC 5A modifié

Lorsque les participants sont interrogés au sujet du type de PdS devant fournir les 26 types de soins mentionnés dans le questionnaire PACIC-5A-modifié, on constate que dans environ la moitié des cas (12 types de soins sur 26), les participants cochaient de manière assez consensuelle la modalité «les deux». Tandis que huit énoncés sur 26 montraient des proportions à peu près similaires entre les réponses « infirmier » et «les deux», quatre énoncés montraient des proportions similaires entre les modalités «médecin» et «les deux» ; ces énoncés ciblaient des activités spécifiquement médicales telles que le traitement du patient ou les consultations avec d'autres médecins («lui demandez-vous son avis lors de l'élaboration du plan de traitement», «lui proposez-vous diverses options de traitement auxquelles réfléchir», «lui donnez-vous un exemplaire de son plan de traitement», «lui expliquez-vous comment ses consultations chez d'autres médecins, comme l'ophtalmologue (spécialiste des yeux), contribuent à son traitement»). La modalité de réponse «ce type de soins ne devrait pas être fourni» n'a été que rarement cochée par les participants. En effet, la fréquence de répondants cochant cette modalité de réponse n'a été supérieure à 10 que pour deux énoncés (« le contactez-vous après une consultation pour voir comment les choses vont », «lui donnez-vous un cahier ou carnet de bord dans lequel noter les progrès qu'il fait»), deux des quatre énoncés obtenant les moyennes de pratique rapportée les plus basses.

6.4 Discussion

Les résultats de cette enquête (pratiques rapportées) sont globalement plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature décrivant le point de vue des patients mais semblables à ceux de Carryer & al¹⁵, l'équipe australienne qui a utilisé le PACIC-modifié pour la première fois. La fréquence des soins telle que reportée par les professionnels de santé et les patients est ainsi systématiquement différentes ; ce que cela représente réellement nécessite de plus amples investigations.

Ces résultats permettent toutefois d'identifier les types de soins qui sont insuffisamment fournis et nécessitent une plus grande attention de la part des professionnels de santé, ainsi que ceux qui sont fournis de manière plus satisfaisante. L'évolution au cours du temps, dans le contexte de développement du Programme cantonal Diabète, sera intéressante à suivre.

6.5 L'essentiel en bref –Pr.Pro.

Le second volet de l'enquête quantitative invitait les PdS à donner leur avis sur leur propre pratique professionnelle.

- Concernant la mise en pratique des soins évoqués dans le PACIC-modifié: les PdS spécialistes en diabétologie (médecins et infirmier(ère)s) rapportaient les scores les plus élevés, respectivement (4.0 et 4.2), les infirmier(ère)s en soins généraux le score le plus faible (3.5).
- La fréquence de répondants cochant pour un soin donné que "ce type de soins ne devrait pas être fourni" n'a été supérieure à 10 que pour deux énoncés : " le contactez-vous après une consultation pour voir comment les choses vont " et "lui donnez-vous un cahier ou carnet de bord dans lequel noter les progrès qu'il fait".
- Lorsqu'il était demandé aux répondants de se prononcer sur quel(s) professionnel(s) de santé devrai(en)t fournir ces soins, les participants répondaient dans près de la moitié des cas (12 énoncés sur 26) de manière quasi consensuelle " les deux ".

7

Recommandations pour la pratique clinique

7 Recommandations pour la pratique clinique

7.1 Introduction – RPC

Dans l'objectif de rendre plus homogènes les pratiques professionnelles dans la prise en charge du patient diabétique, le service de santé publique du canton de Vaud a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) ainsi qu'un groupe de travail (composé de soignants spécialisé(e)s, de diabétologues et de médecins de premier recours) pour la rédaction de recommandations pour la pratique clinique (RPC). Cette démarche s'inscrit dans le cadre du PCD Vaud.

Ces RPC sont fondées sur des preuves scientifiques et adaptent des recommandations déjà existantes au contexte local. Dès 2010, le groupe de travail a construit sa méthodologie à partir de l'outil Adapte (<http://recodiab.ch/methode.php>). Celui-ci est issu d'une collaboration internationale de chercheurs, de développeurs et de professionnels qui implémentent des RPC (www.adapte.org).

A ce jour, les RPC n'ont pas été implémentées de façon systématique auprès de l'ensemble des soignants. Le volet de recherche présenté ci-après vise à évaluer, auprès de PdS (médecins diabétologues, médecins de premier recours, infirmier(ère)s spécialisées et infirmier(ère)s en soins généraux), leurs connaissances des RPC, leur perception à l'égard de celles-ci, ainsi que leurs pratiques professionnelles auprès des patients.

7.2 Méthodes – RPC

Trois thématiques des RPC en lien avec la prise en charge du patient diabétique ont été privilégiées :

- Le bilan initial ;
- Le suivi clinique et para clinique ;
- Le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique.

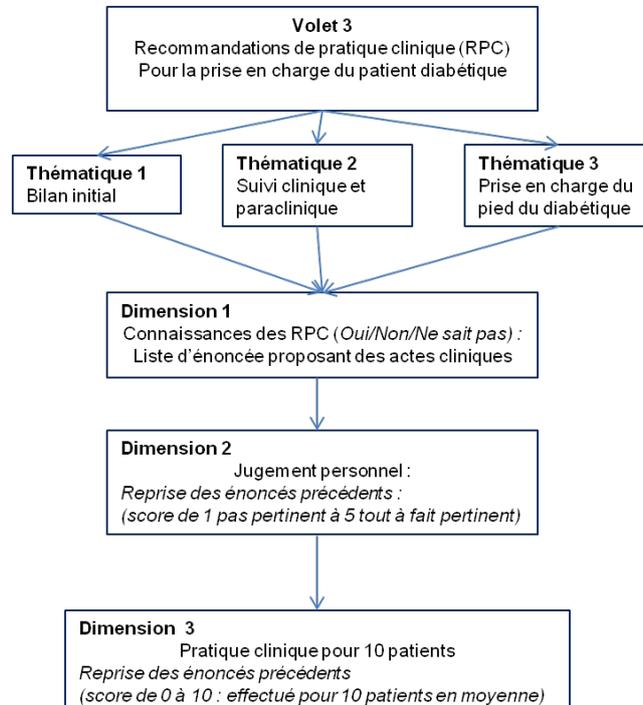
Chacune de ces trois thématiques a été évaluée selon trois dimensions (Figure 6 et questionnaire en annexe 12.2) :

- Connaissances des RPC : des propositions d'actes cliniques étaient soumises aux PdS en leur demandant si elles faisaient partie des RPC. Trois réponses étaient possibles (oui ; non ; ne sait pas). Les résultats présentent les proportions de réponses correctes (les réponses « ne sait pas » ont été agrégées aux réponses fausses) ; Pour chaque thématique, un certain nombre d'énoncés portant sur des examens ne figurant pas dans

les RPC (« contrôle négatif ») ont été intégrées (exemple : dans le cadre du bilan initial du patient, « s'assurer que la personne bénéficie d'un ultrason rénal »).

- Jugement personnel des recommandations cliniques : pour chacune des RPC précédemment proposées, il était demandé aux répondants de se prononcer sur la pertinence de celles-ci, selon une échelle de Lickert en sélectionnant une note allant de 1 (pas pertinent du tout) à 5 (tout à fait pertinent) ;
- Pratique clinique moyenne pour 10 patients : les répondants devaient préciser sur une échelle allant de 0 à 10, dans leur pratique quotidienne pour combien d'entre eux en moyenne mettaient-ils en pratique ces recommandations.
- Pour cette dimension, certaines propositions étaient formulées légèrement différemment selon que le répondant était un(e) infirmier(ère) ou un médecin, par exemple :
- Enoncé médecin : « Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire » ;
- Enoncé infirmier(ère) : « S'assurer que le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire soit déterminé ».

Figure 6 Structure du volet 3 - RPC de l'enquête Internet



7.2.1 Analyses – RPC

Evaluation des connaissances par thématique

Au sein d'une profession donnée, les proportions de participants ayant répondu correctement sont présentées pour chaque énoncé.

Un nombre moyen de réponses correctes a ensuite été calculé par thématique (bilan initial, suivi clinique et para clinique, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique) et par profession en incluant uniquement les participants qui ont répondu au moins aux deux tiers des énoncés contenus dans la thématique. Ainsi, pour un bloc de 7 énoncés, le PdS devait avoir répondu à au moins 5 énoncés (et à au moins 6 énoncés pour un bloc de 8 énoncés). Les non-réponses parmi les répondants retenus ont été considérées comme des réponses fausses.

Blocs concernant le « Jugement personnel des recommandations cliniques » et la « Pratique moyenne pour 10 patients »

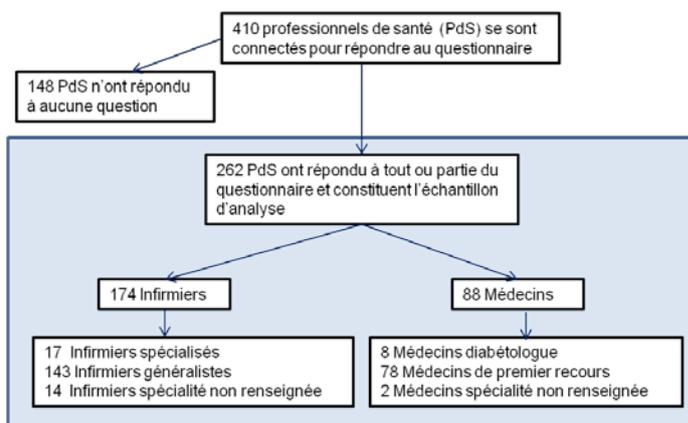
Un score moyen par profession et son écart-type ont été calculés pour chaque énoncé de ces deux blocs, en incluant la totalité des répondants à cet énoncé. Les résultats concernant le jugement personnel des RPC sont regroupés au sein d'une brève section à la fin de ce volet.

7.3 Résultats – RPC

7.3.1 Sélection et description des répondants

Après exclusion des individus qui ont accédé au questionnaire mais qui n'ont répondu à aucun énoncé, les questionnaires de 262 répondants ont été retenus pour les analyses (Figure 7).

Figure 7 Diagramme des répondants – Volet 3 -RPC



Le sex-ratio H/F était de 0.4, l'âge moyen était de 46 ans. Parmi les 88 médecins ayant répondu, 8 d'entre eux étaient spécialistes FMH en diabétologie. Dix-sept infirmier(ère)s sur 174 étaient spécialisées en diabétologie. Deux médecins et 14 infirmier(ère)s n'ont pas précisé s'ils avaient une spécialité en diabétologie, mais ont toutefois répondu au questionnaire (Tableau 11).

Tableau 11 Description de l'échantillon pour le volet 3 –Evaluation des connaissances professionnelles en lien avec les RPC pour la prise en charge de patients diabétique

	Effectifs	Age moyen
Homme	66	51
Femme	177	45
Non renseigné	19	53
Total médecins	88	52
<i>Médecins de famille ou internistes</i>	78	52
<i>Médecins diabétologues</i>	8	45
<i>Non renseigné</i>	2	44
Total Infirmier(ère)s	174	44
<i>Infirmier(ère)s spécialisé(e)s</i>	17	48
<i>Infirmier(ère)s en soins généraux</i>	143	43
<i>Non renseigné</i>	14	52
Total répondants	262	46

7.3.2 Bilan initial – RPC

Evaluation des connaissances - Bilan initial du patient diabétique

De manière globale, les médecins sont proportionnellement plus nombreux à avoir répondu correctement aux énoncés que les infirmier(ère)s.

Les PdS spécialisés en diabétologie (médecins spécialistes et infirmier(ère)s spécialisé(e)s) sont proportionnellement les plus nombreux à avoir répondu correctement aux énoncés proposés. Les infirmier(ère)s spécialisées sont proportionnellement plus nombreuses à avoir répondu correctement aux énoncés que les médecins de premier recours pour tous les énoncés soumis aux répondants (Tableau 12 et Figure 8).

Il est à noter que pour certains énoncés, en particulier pour l'énoncé « S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier », les proportions de participants ayant répondu correctement sont plus basses que pour les autres énoncés pour toutes les catégories professionnelles (54.1% pour les 139 PdS qui ont répondu à cet énoncé). Cependant, toujours pour cet énoncé, les infirmier(ère)s spécialistes sont proportionnellement plus nombreuses à

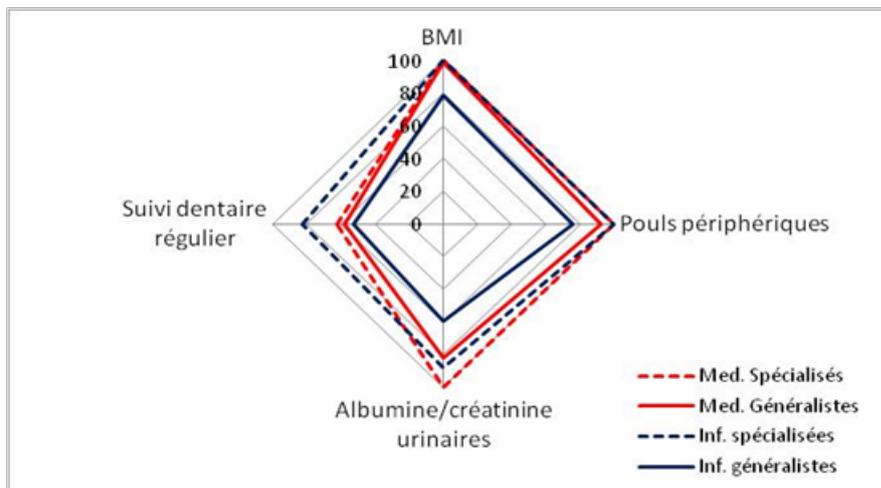
avoir répondu correctement que les médecins de premier recours (respectivement : 82.3% et 57.7%).

Pour les énoncés qui ne faisaient pas partie des RPC, les proportions de participants ayant répondu correctement (c-à-d : «ne fait pas partie des recommandations») chutent en moyenne pour tous les répondants, exceptés les médecins diabétologues qui ont tous répondu correctement à chaque énoncé.

Tableau 12 Bilan initial, connaissances des bonnes pratiques, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession)

	Médecins spécialisé(e)s		Médecins de premier recours		Infirmier(ère)s spécialisées		Infirmier(ère)s en soins généraux		Total Médecins		Total infirmier(ère)s		Total répondants	
	% Répondants corrects*	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants
Déterminer le BMI	100	8/8	98.7	77/78	100	17/17	79.4	112/141	96.6	85/88	75	129/172	82.3	214/260
Palper les pouls périphériques	100	8/8	92.3	72/78	100	17/17	80	108/135	90.9	80/88	71.3	125/166	80.7	205/254
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	100	8/8	84.2	64/76	88.2	15/17	60.7	85/140	83.7	72/86	58.5	100/171	66.9	172/257
S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier	62.5	5/8	57.7	45/78	82.3	14/17	54.3	75/138	56.8	50/88	52.7	89/169	54.1	139/257
Enoncés ne figurant pas dans les RPC														
S'assurer que la personne bénéficie d'un test d'effort	100	8/8	75.6	59/78	29.4	5/17	21.7	30/138	76.1	67/88	20.7	35/169	39.7	102/257
Doser le taux sanguin de lipoprotéine « a » Lp(a)	100	8/8	77.9	60/78	23.5	4/17	8.6	12/139	77.3	68/88	9.5	16/168	32.8	84/256
S'assurer que la personne bénéficie d'un ultrason rénal	100	8/8	92.2	71/77	64.7	11/17	15.1	21/139	90.8	79/87	18.9	32/169	43.3	111/256

Figure 8 Bilan initial, connaissances des bonnes pratiques, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession)



prises en considération, les personnes ayant répondu au moins à 5 énoncés, soit 257 répondants sur les 262 retenus dans cette partie de l'enquête. Les non-réponses parmi les répondants retenus ont été considérées comme des réponses fausses.

Le nombre moyen de réponses correctes est plus élevé chez les médecins que chez les infirmier(ère)s (5.8 versus 3.4).

Au sein de chaque profession, le nombre moyen de réponses correctes est plus élevé chez les professionnels spécialisé(e)s en diabétologie (6.6 chez les médecins spécialistes versus 5.7 chez les médecins de premier recours ; 4.9 chez les infirmier(ère)s spécialisées versus 3.2 chez les infirmier(ère)s en soins généraux), (Tableau 13).

Tableau 13 Bilan initial, connaissance de RPC, nombre moyen de réponses correctes

	Nombre de réponses correctes sur 7 (moyennes)	Ecart type
Médecins	5.8	1.1
Médecin de premier recours	5.7	1.1
Médecin spécialiste	6.6	0.5
Infirmier(ère)s	3.4	1.5
infirmier(ère)s en soins généraux	3.2	1.4
infirmier(ère)s spécialisée	4.9	1.3
Total général	4.2	1.8

Pratique moyenne pour 10 patients diabétiques - Bilan initial du patient diabétique

Il était finalement demandé aux répondants d'évaluer leur pratique habituelle moyenne auprès de 10 patients diabétiques au regard des actes cliniques proposés.

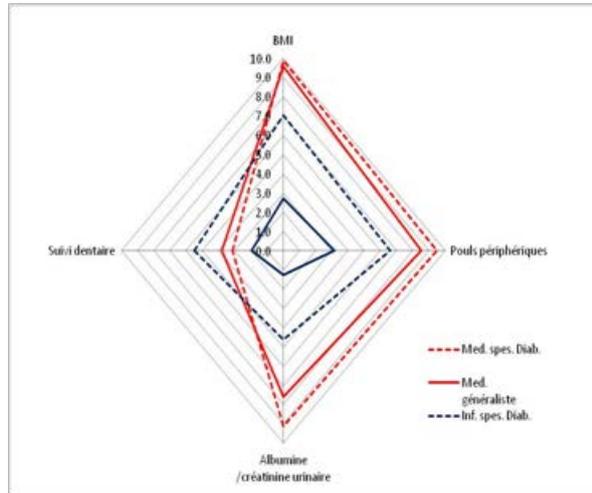
Chez les médecins, ici encore les pratiques sont cohérentes avec les réponses et scores obtenus précédemment. Les contrôles du BMI, des pouls périphériques, et du rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire sont rapportés comme étant effectués dans la majorité des cas (respectivement : 9.6 ; 8.6 ; 7.8).

Comme précédemment pour l'évaluation des connaissances, l'énoncé portant sur le suivi dentaire régulier, obtient les moins bons scores de pratique moyenne. Pour cet énoncé, la pratique moyenne pour dix patients toutes catégories professionnelles confondues est de 1.8 (234 répondants), la plus basse de cette thématique des RPC (Tableau 14 et Figure 9).

Tableau 14 Bilan initial : Pratique moyenne des professionnels de santé pour 10 patients diabétiques

	Médecins spécialistes		Médecins de premier recours		Infirmier(ère)s spécialisées		Infirmier(ère)s en soins généraux		Total Médecins		Total Infirmier(ère)s		Total répondants	
	Moy	n	Moy	n	Moy	n	Moy	n	Moy (Ecart type)	n	Moy (Ecart type)	n	Moy (Ecart type)	n
Déterminer le BMI	9.9	8	9.6	77	7.1	16	2.6	121	9.6 (1.1)	87	3.4 (4.1)	147	5.7 (4.5)	234
Palper les pouls périphériques	9.5	8	8.5	77	6.6	16	3.1	120	8.6 (2.2)	87	3.6 (4.0)	146	5.4 (4.5)	233
[Pour infirmier(ère)s : S'assurer que...] Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	9.1	8	7.6	78	4.6	16	1.3	120	7.8 (3.0)	88	1.7 (3.0)	145	4.0 (4.2)	233
S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier	3.1	8	3.8	78	2.7	16	0.7	120	3.8 (3.1)	88	0.9 (2.2)	146	1.8 (2.6)	234

Figure 9 Bilan initial : Pratique moyenne des professionnels de santé pour 10 patients diabétiques



7.3.3 Suivi clinique et para clinique du patient diabétique – RPC

Evaluation des connaissances - Suivi clinique et para-clinique du patient diabétique

Pour les huit énoncés portant sur des recommandations figurant ou ne figurant pas dans les RPC, les médecins sont proportionnellement plus nombreux à avoir répondu correctement que les infirmier(ère)s.

Les proportions de participants ayant répondu correctement sont les plus élevées, quelle que soit la profession ou la spécialité, concernant l'évaluation de l'autocontrôle glycémique, avec respectivement 96.5% de participants ayant répondu correctement chez les médecins et 93.7% chez les infirmier(ère)s.

Les proportions de participants ayant répondu correctement les plus faibles portent sur la recommandation concernant l'investigation des dysfonctionnements érectiles, avec respectivement 80.0% de participants ayant répondu correctement chez les médecins et 32.7% chez les infirmier(ère)s. Toujours chez les infirmier(ère)s, les proportions de participantes ayant répondu correctement les plus élevées semblent plutôt centrées autour de pratiques relevant plus clairement de leur rôle propre (exemple : évaluer l'autocontrôle glycémique (93.7%) et investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie (87.3%)).

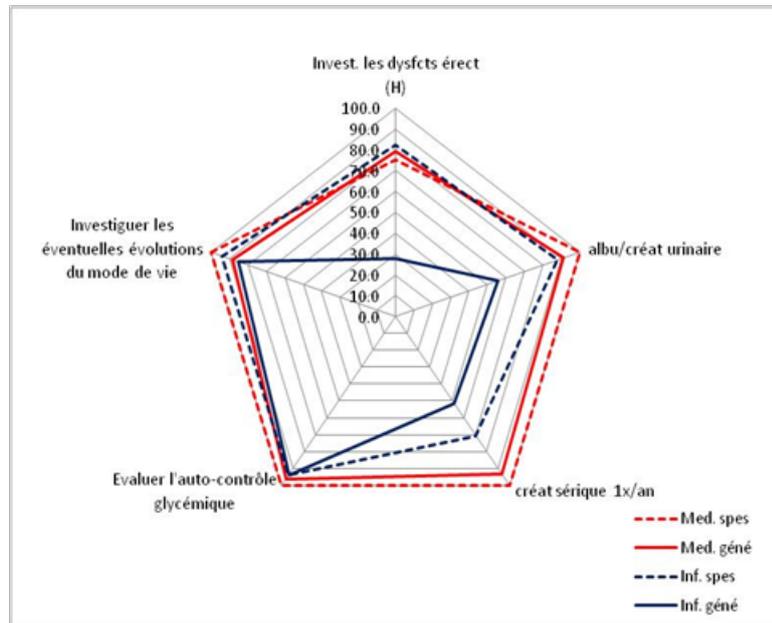
Pour les énoncés ne figurant pas dans les RPC, ou y figurant mais avec des fréquences différentes de celles effectivement recommandées dans les RPC (ex : doser le taux sanguin de HbA1c à la fréquence de 1x/an, au lieu de la fréquence recommandée de 2-4x/an), les proportions de participants ayant répondu correctement sont nettement plus basses, quelle que soit la profession du répondant, y compris parmi les médecins diabétologues (Tableau 15 et Figure 10).

Tableau 15 Suivi clinique et para clinique du patient diabétique selon les RPC, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession)

	Med. spécialisé(e)s		Med. de premier recours		Infirmier(ère)s spécialisées		Infirmier(ère)s en soins généraux		Total Médecins		Total infirmier(ère)s		Total répondants	
	% Répondants corrects*	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants
Investiguer les dysfonctions érectiles lors de l'anamnèse chez les patients masculins	75	6/8	81.6	62/76	82.3	14/17	28.5	40/140	80	68/85	32.7	54/165	48.8	122/250
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	100	8/8	90.1	71/77	93.7	15/16	57.9	80/138	91.9	79/84	58.6	95/162	70.7	174/246
Doser la créatinine sérique à la fréquence de 1x/an	100	8/8	96	73/76	80	12/16	53.6	74/138	96.4	81/84	54.1	86/159	68.7	167/243
Evaluer l'autocontrôle glycémique	100	8/8	97.4	75/77	100	16/16	97.8	134/137	96.5	83/86	93.7	150/160	94.7	233/246
Investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie	100	8/8	89.6	69/77	100	16/16	89.7	122/136	89.5	77/86	87.3	138/158	88.1	215/244
Enoncés ne figurant pas dans les RPC														
S'assurer que la personne bénéficie d'un examen du fond d'œil à la fréquence de 1x/5ans	50	4/8	18.2	14/77	12.5	2/16	4.2	6/140	20.9	18/86	4.9	8/164	10.4	26/250
Doser le taux sanguin de HbA1c à la fréquence de 1x/an	50	4/8	22.1	17/77	12.5	2/16	4.4	6/137	23.2	21/86	5	8/160	11.8	29/246
Dépister la coronaropathie chez les personnes asymptomatiques	62.5	5/8	26	20/77	12.5	2/16	7.3	10/137	29.1	25/86	7.4	12/162	14.9	37/248

* Par « répondants corrects », nous entendons participants ayant répondu correctement

Figure 10 Suivi clinique et para clinique – proportions de participants ayant répondu correctement (par profession)



Le nombre moyen de réponses correctes (de 0 à 8) a été calculé sur la base des 247 personnes qui ont répondu à au moins 6 énoncés sur les 8 proposés.

Les nombres moyens de réponses correctes montrent ici également des différences selon la spécialité professionnelle. Chez les médecins, on observe un nombre moyen de réponses correctes de 6.4 sur 8 chez les diabétologues et de 5.2 chez les médecins de premier recours. Chez les infirmier(ère)s, ces valeurs sont de 4.9 chez les infirmier(ère)s spécialisées et de 3.4 chez les infirmier(ère)s en soins généraux (Tableau 16).

Tableau 16 Suivi clinique et para clinique du patient diabétique, nombre moyen de réponses correctes

	Nombre de réponses correctes sur 8 (moyennes)	Ecart type
Total médecins	5.3	1.3
Médecins de premier recours	5.2	1.2
Médecins spécialistes	6.4	1.3
Total Infirmier(ère)s	3.6	1.3
Infirmier(ère)s en soins généraux	3.4	1.3
Infirmier(ère)s spécialisées	4.9	0.9
Total répondants	4.2	1.6

Pratique moyenne pour 10 patients diabétiques - Suivi clinique et para clinique du patient diabétique

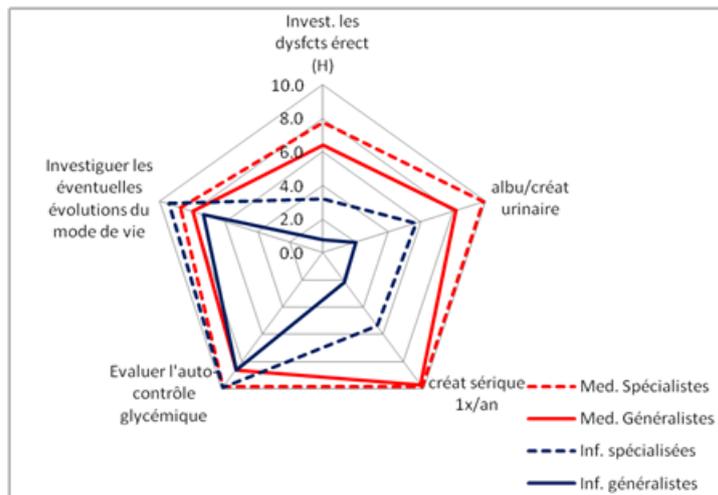
Les médecins rapportent observer les recommandations cliniques en moyenne chez 8 à 10 sur 10 de leurs patients. Les infirmier(ère)s rapportent mettre davantage en application les recommandations qui relèvent plus de l'activité des soins infirmiers (Evaluer l'autocontrôle de la glycémie (8.7), Investiguer les évolutions possibles du mode de vie (8.1)).

Pour rappel, les énoncés portant sur des actes médicaux étaient reformulés pour les infirmier(ère)s : « Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire » devenait par exemple pour les infirmier(ère)s « S'assurer que le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire soit déterminé », (Tableau 17 et Figure 11).

Tableau 17 Suivi clinique et para clinique, pratique moyenne des professionnels de santé pour 10 patients diabétiques

	Med. spécialisé(e)s		Med. de premier recours		Infirmier(ère)s spécialisées		Infirmier(ère)s en soins généraux		Total Médecins		Total infirmier(ère)s		Total répondants	
	Moy	n	Moy	n	Moy	n	Moy	n	Moy (Ecart type)	n	Moy (Ecart type)	n	Moy (Ecart type)	n
Investiguer les dysfonctions érectiles lors de l'anamnèse chez les patients masculins	7.8	8	6.4	78	3.2	16	0.8	123	6.5 (3.0)	86	1.0 (2.4)	142	3.1 (3.7)	228
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	9.9	8	8.2	78	5.8	16	2	125	8.3 (2.8)	86	2.5 (3.6)	144	4.7 (4.4)	230
Doser la créatinine sérique à la fréquence de 1x/an	9.9	8	9.7	78	5.4	16	2.2	125	9.7 (0.8)	86	2.6 (3.7)	144	5.3 (4.6)	230
Evaluer l'autocontrôle glycémique	9.9	8	8.6	78	9.9	16	8.6	126	8.7 (2.0)	86	8.8 (2.5)	145	8.8 (2.5)	231
Investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie	8.7	7	8	78	9.4	16	7.2	124	8.1 (2.6)	85	7.4 (3.3)	143	7.7 (3.1)	228

Figure 11 Suivi clinique et para clinique, pratique moyenne pour 10 patients diabétiques



7.3.4 Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique -RPC

Evaluation des connaissances - Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique

Huit énoncés proposant des actes cliniques pour la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique étaient proposés aux PdS.

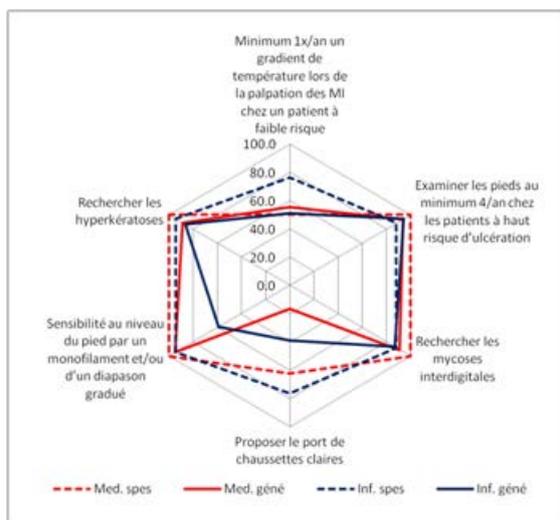
Les deux énoncés avec les proportions de participants ayant répondu correctement les plus faibles chez les médecins et les infirmier(ère)s sont : « Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque » (55.3% et 54.1% respectivement) et l'énoncé suggérant le port de chaussettes claires (20.9% et 43.9% respectivement), (Tableau 18, Figure 12).

Tableau 18 Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession)

	Med. spécialisé(e)s		Med. de premier recours		Infirmier(ère)s spécialisées		Infirmier(ère)s en soins généraux		Total Médecins		Total infirmier(ère)s		Total répondants	
	% Répondants corrects*	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants	% Répondants corrects	Répondants corrects/n répondants
Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque	50	4/8	58.9	43/77	81.2	13/16	52.1	73/140	55.3	47/85	54.1	86/159	54.5	133/244
Examiner les pieds au minimum 4/an chez les patients à haut risque d'ulcération	100	8/8	94.8	73/77	93.7	15/16	95.1	135/142	95.3	81/85	93.2	150/161	93.9	231/246
Rechercher les mycoses interdigitales	100	8/8	91	71/78	100	15/15	88.6	124/140	92	79/86	88	139/158	89.3	218/244
Proposer le port de chaussettes claires	62.5	5/8	16.7	13/78	81.2	13/16	40.3	56/139	20.9	18/86	43.9	69/157	35.8	87/243
Examiner la sensibilité au niveau du pied à l'aide d'un monofilament et/ou d'un diapason gradué	100	8/8	94.9	74/78	100	16/16	61.3	84/137	95.3	82/86	64.1	100/156	75.2	182/242
Rechercher les hyperkératoses	100	8/8	88.5	69/78	100	16/16	87.3	124/142	89.5	77/86	86.9	140/161	87.9	217/247
Enoncé ne figurant pas dans les RPC														
Proposer le port de bas de contention	100	8/8	70.5	55/78	62.5	10/16	34.8	48/138	73.3	63/86	37.2	58/161	49	121/247

* Par « répondants corrects », nous entendons participants ayant répondu correctement

Figure 12 Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, proportions de participants ayant répondu correctement (par profession)



Le nombre moyen de réponses correctes (de 0 à 7) a été calculé sur la base des 246 personnes ayant répondu au moins à 5 des énoncés sur les 7 proposés dans ce bloc.

Les scores moyens sont supérieurs chez les médecins par rapport aux infirmier(ère)s (5.3 versus 3.6), avec au sein de ces deux professions des scores plus élevés chez les PdS spécialistes en diabétologie (Tableau 19).

Tableau 19 Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique, nombre moyen de réponses correctes

	Nombre de réponses correctes sur 7 (moyennes)	Ecart type
Médecins	5.3	1.3
Médecins de premier recours	5.2	1.2
Médecins spécialistes	6.4	1.3
Infirmier(ère)s	3.6	1.3
Infirmier(ère)s en soins généraux	3.4	1.3
Infirmier(ère)s spécialisées	4.9	0.9
Total général	4.9	1.4

Pratique moyenne pour 10 patients diabétiques - Prévention, diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique

Les médecins rapportent mettre en application les RPC concernant la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique en moyenne chez 7 à 8 de leurs patients sur 10.

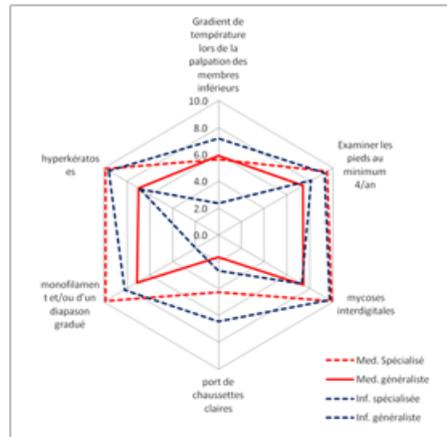
Chez les infirmier(ère)s en soins généraux les RPC rapportées comme étant le plus souvent mises en pratiques (en moyenne pour 7 à 8 de leurs patients sur 10) concernent, l'examen des pieds au minimum 4x/an chez les patients à haut risque d'ulcération, la recherche de mycoses interdigitales et la recherche d'hyperkératoses. Les autres recommandations ne sont mises en pratiques en moyenne que pour moins de 3 patients sur 10.

Pour tous les répondants, les pratiques rapportées comme étant les moins fréquentes concernent d'une part, l'énoncé « Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque » : 5 à 6 patients/10 chez les médecins versus 2 à 3 patients/10 chez les infirmier(ère)s, et d'autre part l'énoncé « Proposer le port de chaussettes claires » : 1 à 2 patients/10 en moyenne chez les médecins et 3 à 4 patients/10 en moyenne chez les infirmier(ère)s (Tableau 19 et Figure 13)

Tableau 20 Prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, pratique moyenne des professionnels de la santé pour 10 patients diabétiques

	Med. spécialisé(e)s		Med. de premier recours		Infirmier(ère)s spécialisées		Infirmier(ère)s en soins généraux		Total Médecins		Total infirmier(ère)s		Total répondants	
	Moy	n	Moy	n	Moy	n	Moy	n	Moy (Ecart type)	n	Moy (Ecart type)	n	Moy (Ecart type)	n
Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque	5.6	8	5.9	78	7.2	15	2.4	129	5.9 (3.5)	86	2.9 (3.8)	144	4.0 (3.9)	230
Examiner les pieds au minimum 4/an chez les patients à haut risque d'ulcération	9.5	8	7.4	77	9.3	16	8.1	130	7.6 (2.6)	85	8.2 (3.0)	146	8.0 (2.9)	231
Rechercher les mycoses interdigitales	9.9	8	7.4	78	9.7	15	7.3	131	7.7 (2.5)	86	7.5 (3.5)	146	7.6 (3.2)	232
Proposer le port de chaussettes claires	4.3	8	1.7	77	6.4	16	2.7	129	1.9 (3.4)	85	3.1 (4.0)	145	2.6 (3.8)	230
Examiner la sensibilité au niveau du pied à l'aide d'un monofilament et/ou d'un diapason gradué	9.9	8	7.1	78	8.2	16	2	129	7.4 (2.9)	86	2.7 (3.9)	145	4.4 (4.2)	231

Figure 13 Prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique selon les RPC, pratique moyenne pour 10 patients diabétiques



7.3.5 Jugement personnel des répondants pour les RPC

Il était demandé aux PdS de se prononcer sur la pertinence des énoncés en lien avec les RPC qui leur avaient été soumises pour chacune des thématiques : Bilan initial ; suivi clinique et para clinique et pour la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du pied du diabétique. Une échelle de Lickert était proposée allant de 1=pas du tout pertinent à 5=tout à fait pertinent.

Les médecins ont répondu pour les trois thématiques en cohérence avec les réponses portant sur leurs connaissances des RPC. Ils ont majoritairement considéré les énoncés figurant effectivement dans les RPC comme étant pertinents.

Les infirmier(ère)s en soins généraux accordent globalement des scores de pertinence élevés (supérieurs à 3.5 sur 5), en dépit du fait que la connaissance du contenu des RPC par cette catégorie professionnelle était limitée.

7.4 Discussion

Ce troisième volet de l'enquête quantitative visait à évaluer : la connaissance des RPC par les PdS prenant en charge des patients diabétiques ; leur perception à l'égard de celles-ci ; ainsi que leur pratique professionnelle auprès des patients diabétiques.

De manière globale, les proportions de participants ayant répondu correctement sont les plus élevées chez les médecins diabétologues, suivis des médecins de premier recours. Certains actes sont mieux identifiés comme faisant partie des RPC par les infirmier(ère)s spécialisé(es) en

diabétologie que par les médecins de premier recours, par exemple : dans le bilan initial du patient diabétique « évaluer le BMI ».

Lorsque des énoncés proposaient des actes ne figurant pas dans les RPC, les médecins diabétologues étaient également proportionnellement les plus nombreux à répondre correctement. Les infirmier(ère)s en soins généraux étaient proportionnellement moins nombreuses à répondre correctement que les autres PdS, pour toutes les thématiques abordées. Les médecins de premier recours rapportaient pour certains énoncés des résultats moins bons que les PdS spécialisés en diabétologie..

7.5 L'essentiel en bref – RPC

- Les médecins diabétologues sont proportionnellement les plus nombreux à avoir répondu correctement, excepté pour quelques rares RPC, par exemple : proposer le port de chaussettes claires (prévention et prise en charge du pied du diabétique)
- Les infirmier(ère)s spécialisé(es) ont souvent une meilleure connaissance des RPC que les médecins de premier recours
- Les médecins de premier recours déclarent mettre plus souvent en pratique les RPC que les infirmier(ère)s en soins généraux
- Certaines RPC largement connues paraissent faire pratiquement partie d'une routine, comme par exemple : évaluer l'autocontrôle glycémique ou la recherche d'hyperkératose pour la surveillance du pied du diabétique
- Les infirmier(ère)s en soins généraux obtiennent des résultats de connaissances souvent inférieurs aux autres groupes professionnels en dépit d'un jugement positif sur la pertinence des RPC.

8

**Baromètre
Diabète Vaud**

8 Baromètre Diabète Vaud

Le Programme cantonal diabète Vaud souhaite produire un Baromètre. Ce baromètre comprendra, entre autres, des indicateurs spécifiques ciblant les PdS prenant en charge des patients diabétiques. Les trois thématiques de l'enquête sur Internet présentées dans ce rapport y figureront.

8.1 Indicateurs- Collaboration interprofessionnelle

Les trois indicateurs sélectionnés sont les scores moyens pour chacune des trois dimensions de la collaboration interprofessionnelle par catégorie et spécialité professionnelle (médecins spécialistes en diabétologie et de premier recours; infirmier(ère)s en soins généraux et spécialisé(e)s en diabétologie) :

- Partage des soins ;
- Coordination interprofessionnelle ;
- Niveau de conflit associé à la collaboration interprofessionnelle.

Les résultats de ces trois indicateurs sont disponibles au chapitre 5 de ce rapport (Tableau 5).

8.2 Indicateurs-Evaluation des pratiques professionnelles

L'indicateur retenu est le score global moyen au PACIC inversé pour chaque catégorie et spécialité professionnelle (médecins spécialistes en diabétologie et de premier recours ; infirmier(ère)s en soins généraux et spécialisé(e)s en diabétologie).

Les résultats pour cet indicateur sont disponibles au chapitre 6 de ce rapport (Tableau 10).

8.3 Indicateurs -Connaissances des RPC

Trois indicateurs visant à évaluer les connaissances des RPC par les PdS ont été spécifiquement construits pour le Baromètre Diabète Vaud :

- Bilan initial du patient diabétique : proportion moyenne de réponses correctes (nombre moyen de réponses correctes divisé par le nombre d'énoncés sur lesquels les répondant-e-s devaient se prononcer) par catégorie et spécialité professionnelle ;

- Suivi clinique et paraclinique du patient diabétique : proportion moyenne de réponses correctes par catégorie et spécialité professionnelle ;
- Diagnostic précoce et prise en charge du pied du diabétique : proportion moyenne de réponses correctes par catégorie et spécialité professionnelle.

8.3.1 Méthodes

Les énoncés ne figurant pas dans les RPC (« contrôle négatif ») n'ont pas été pris en compte dans le calcul de ce score.

Tous les PdS ayant répondu à cette partie de l'enquête et qui ont renseigné leur spécialité professionnelle ont été pris en compte dans ces analyses.

Les absences de réponses, les réponses incorrectes, et les réponses codées « Ne sait pas » ont été considérées comme fausses.

Les proportions de réponses correctes ont été calculées pour chaque répondant et pour chacune des trois thématiques de ce volet de l'étude : nombre de réponses correctes par répondant (numérateur) divisé par le nombre d'énoncés sur lesquels les répondant-e-s devaient se prononcer (dénominateur).

Les proportions moyennes de réponses correctes pour chaque catégorie et spécialité professionnelle ont été calculées pour chacune des trois thématiques de ce volet de l'enquête : somme des proportions de réponses correctes par catégorie et spécialité professionnelle (numérateur) divisée par le nombre de PdS pour chaque catégorie et spécialité professionnelle retenus dans l'échantillon d'analyse (dénominateur).

8.3.2 Résultats

Au total 246 PdS ont renseigné leur spécialité professionnelle et sont inclus dans l'échantillon d'analyse pour le calcul des indicateurs. Les répondants se répartissent comme suit : huit médecins spécialistes en diabétologie ; 78 médecins de premier recours ; 17 infirmier(ère)s spécialisé(e)s et 143 infirmier(ère)s en soins généraux.

Les professionnels de santé spécialisés en diabétologie obtiennent globalement les proportions de réponses correctes les plus élevées pour les trois thématiques. Les médecins généralistes ont des proportions de réponses correctes plus élevées que les infirmier(ère)s spécialisé(e)s pour la thématique qui porte sur le suivi clinique et paraclinique du patient diabétique (respectivement : 89.7% et 85.9%). Les proportions de réponses correctes sont plus élevées chez les infirmier(ère)s spécialisé(e)s que chez les autres PdS pour les RPC portant sur le bilan initial du patient diabétique et sur la prévention et la prise en charge du pied du diabétique (respectivement : 92.6% et 86.3%). Les infirmier(ère)s en soins généraux obtiennent les proportions de réponses correctes les plus basses pour les trois thématiques d'étude (Tableau 21).

Tableau 21 Proportions de réponses correctes par thématiques des RPC et par spécialité professionnelle

Thématiques des RPC	Médecins spécialistes en diabétologie n=8	Médecins généralistes n=78	Infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie n=17	Infirmier(ère)s en soins généraux n=143
Bilan initial	90.6%	82.7%	92.6%	66.4%
Suivi clinique et paraclinique	95.0%	89.7%	85.9%	62.9%
Prévention et prise en charge du pied du diabétique	85.4%	73.3%	86.3%	69.5%

9

Approche qualitative (AQ)

9 Approche qualitative (AQ)

9.1 Introduction- AQ

Pour compléter l'analyse des données quantitatives récoltées au travers du questionnaire sur Internet, des focus groups ont été organisés. L'objectif était de permettre aux PdS de s'exprimer, en s'appuyant sur leur expérience et connaissance de la réalité du terrain, sur les collaborations interprofessionnelles, la prise en charge du patient diabétique et les recommandations pour la pratique dans la prise en charge du patient diabétique.

9.2 Méthodes - AQ

Les participants exerçaient tous leur activité professionnelle dans le canton de Vaud. L'échantillon a été constitué de manière intentionnelle. L'objectif était de solliciter des PdS motivés par la thématique de la réunion et acceptant de s'y exprimer. L'Institut universitaire de médecine générale (IUMG) a été sollicité pour contacter par courriel des médecins de premiers recours susceptibles d'être intéressés par la démarche. Des médecins diabétologues ont été contactés individuellement par courriel. L'AVASAD a sollicité des infirmier(ère)s de son réseau et l'équipe de recherche disposait par ailleurs d'une liste de PdS de santé susceptibles d'accepter de participer à l'une des réunions.

Trois réunions ont été organisées, d'une durée de 2 heures chacune. Les objectifs et la méthode de l'enquête réalisée par Internet étaient dans un premier temps brièvement exposés aux participants. Des exemples d'énoncés proposés dans le questionnaire sur Internet venaient illustrer cette présentation. Les résultats de l'enquête par Internet n'étaient pas présentés pour éviter de biaiser les réflexions, et pour que les participants se sentent libres de s'exprimer.

Les résultats présentés ci-dessous sont la synthèse des propos échangés lors de ces trois réunions.

9.2.1 Focus group médecins et focus group infirmier(ère)s -AQ

Deux focus groups ont réuni séparément médecins et infirmier(ère)s. Le premier focus group réunissait trois médecins diabétologues (MD) et quatre médecins de premiers recours (MPR). La seconde réunion réunissait trois infirmier(ère)s spécialisées en diabétologie (ID) et trois infirmier(ère)s en soins généraux (IG).

Les trois volets de l'enquête Internet étaient chacun abordés à partir d'une question ouverte :

- Volet sur les collaborations interprofessionnelles : Quelles sont les principales motivations qui poussent les PdS à collaborer entre eux [dans la prise en charge de patients diabétiques] ?

- Volet sur les pratiques professionnelles : Selon vous comment devraient se répartir les soins aux patients diabétiques entre les différents professionnels de la santé ?
- Volet sur les RPC : Quelle est la place des RPC dans votre pratique clinique ?

9.2.2 Focus group mixte médecins et infirmier(ère)s

Un troisième focus group réunissant médecins et infirmiers(ères) visait à les faire échanger sur les trois thématiques qui ont structuré l'enquête sur Internet, tout en leur demandant de concevoir pendant la séance un modèle de réseau de soins " idéal " pour la prise en charge du patient diabétique. Deux MPR, un MD, deux IG et deux ID ont participé à cette réunion.

Pour cartographier le réseau de soins " idéal " pour la prise en charge d'un patient diabétique, il était demandé aux participants réunis autour d'une table de définir dans un premier temps, les acteurs de ce réseau. Les participants devaient ensuite positionner ces acteurs à l'aide d'étiquettes autour d'une étiquette centrale (le patient) en fonction de la proximité de chaque PdS avec celui-ci (exemples de questions facilitatrices : cet acteur intervient-il pour des soins généraux ou pour des soins spécialisé(e)s ? Est-il en première ligne dans la prise en charge du patient ou intervient-il sur délégation ? Son intervention fait-elle partie de la prise en charge de routine ou ne survient-elle qu'en cas d'indications particulières ?). Tous les acteurs identifiés lors de la première étape étaient ainsi positionnés sur la carte du réseau. Chaque décision était débattue entre les participants jusqu'à l'obtention d'un consensus.

La dernière étape consistait à définir les rôles des différents acteurs et les interactions entre eux.

9.3 Résultats -AQ

Les sections suivantes proposent, pour chacune des questions ouvertes, une synthèse des points principaux qui sont ressortis au cours de la discussion.

9.3.1 Focus group médecins- AQ

Quelles sont les principales motivations qui poussent les professionnels à travailler entre eux ?

L'intérêt du patient: six médecins sur les sept présents pensent que la collaboration interprofessionnelle permet de motiver le patient dans le suivi de son traitement et d'établir un plan de traitement cohérent. La collaboration devrait permettre que tous les intervenants dans la prise en charge du patient parlent le même langage et devrait " rendre l'implicite explicite ". La variété des points de vue est considérée par certains comme utile pour les PdS et pour le patient. Un médecin rappelle qu'il est prouvé scientifiquement qu'une prise en charge multidisciplinaire est bénéfique pour le patient. L'opportunité pour le patient de poser des questions au professionnel avec lequel il se sent le plus à l'aise est également considérée comme bénéfique.

La complexité de la prise en charge : deux MPR soulignent que les traitements deviennent de plus en plus complexes. Du fait de cette plus grande complexité, il devient nécessaire de collaborer avec des PdS spécialisés (ophtalmologues, diététiciennes, infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie). Selon un des participants, cette contrainte s'impose de plus en plus depuis environ 15 ans, ce qui rend la collaboration plus naturelle aujourd'hui. L'intervention d'un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en diabétologie et l'avis d'un MD sont généralement perçus comme positifs et aidant. Un MPR évoque par contre clairement la crainte ressentie par certains de ses collègues de perdre des patients au profit des MD lorsqu'ils font recours à ces derniers. Un autre MPR souligne quant à lui que le médecin de premier recours manque souvent de temps et ne peut pas tout faire.

Travailler en réseau : les contours et la structure du réseau sont flous, pour les MPR et les MD. Dans leur quotidien, il s'agit avant tout d'une liste de PdS avec lesquels ils ont tissé des liens de confiance. Le réseau est informel et devrait, selon la majorité des répondants, rester souple et s'adapter en fonction des besoins des patients. Un MD insiste sur le fait que les patients ne devraient " appartenir " à aucun PdS en particulier. Plusieurs médecins redoutent une institutionnalisation du réseau avec une coordination imposée qui risque de rompre des collaborations déjà existantes. Les PdS devraient pouvoir travailler avec qui ils souhaitent. La collaboration avec les PdS non-médecins est en général plus simple car les rôles de chacun sont mieux établis, même s'il peut exister chez certains médecins une méconnaissance des compétences de certains PdS, notamment en ce qui concerne les podologues. La coordination entre les PdS n'est pas toujours optimale. Il peut arriver, par exemple, que des ID contactent directement le MD sans que le MPR en soit informé, ce qui est mal ressenti. Un MPR participant à la réunion considère que si un patient est stable le MPR peut assumer seul la coordination des soins.

Les moyens de communication : les outils de communication sont nécessaires, cependant la majorité des participants trouve que le passeport diabète prend trop de temps à remplir et est trop structuré (30 à 40 items), il faudrait le réduire à l'essentiel. Il serait très peu utilisé dans les faits. Une liste facilement accessible de PdS compétents pour la prise en charge de patients diabétiques serait utile. Dans les situations compliquées, il est parfois également utile de réunir les différents PdS en charge d'un patient. L'accès à Internet a modifié la perception et le comportement des patients, ce qui, à son tour, est un moteur pour modifier le comportement des soignants.

Soins prodigués aux patients diabétiques, quelle répartition entre les différents professionnels de santé ?

Il existe une complémentarité entre médecins et infirmier(ère)s. Les infirmier(ère)s spécialisé(e)s sont les mieux à même de prendre en charge l'éducation thérapeutique des patients, avec lesquels ils/elles nouent souvent une relation forte. Les infirmier(ère)s en soins généraux nouent également souvent des liens forts avec leurs patients.

Certains pays comme la Finlande et la Suède ont mis en place des règles définissant à partir de quel moment la prise en charge du patient diabétique ne relève plus du MPR mais du MD (par exemple valeur seuil de HbA1c). Les participants craignent avec ce type de règles, une chasse aux

"bons patients", ou une stigmatisation des médecins qui n'atteindraient pas des valeurs cibles. Les MPR estiment connaître eux-mêmes leurs propres limites. Les participants s'accordent pour considérer qu'un diabète de type 1 relève du MD et qu'un diabète de type 2 peut être pris en charge par un MPR.

Remboursement des soins et reconnaissance professionnelle : il est regrettable que podologues et maîtres en activité physique adaptée (APA) ne soient pas remboursés par les assurances. Les assistantes médicales ne sont pas suffisamment prises en considération, de même le rôle des infirmier(ère)s spécialisé(e)s n'est pas du tout reconnu par l'Etat. Un MPR suggère que les infirmier(ère)s spécialisé(e)s puissent prescrire certains dispositifs médicaux qu'ils/elles connaissent souvent mieux que le médecin et qu'ils/elles jugent pertinents pour le patient.

Recommandations pour la pratique clinique, quelle place dans votre activité ?

Méconnaissance des RPC : Les RPC sont méconnues de certains MPR. Un participant a le sentiment que les MPR n'ont pas participé à leur élaboration, ce qui aurait pour effet qu'elles soient mal perçues et considérées comme une nouvelle " mode " imposée. Les RPC sont légitimes pour un diabète de type 1, mais selon l'un des participants elles doivent être prises en considération avec prudence pour un diabète de type 2 chez un patient avec des comorbidités multiples qu'il faut prioriser. Le meilleur moyen de diffusion serait d'organiser des "Workshops" avec des vignettes cliniques (par exemple au travers des cercles de qualité).

Implémentation des RPC : Les MD présents considèrent que les RPC doivent être connues de tous les PdS en charge de patients diabétiques. En revanche, un des MPR est plus réservé quant à l'appropriation des RPC par les infirmier(ère)s. Il pense que ceux/celles-ci risquent de les prendre trop " au pied de la lettre " et de brouiller le message du médecin en n'intervenant pas toujours à bon escient. Un autre MPR présent propose que les RPC soient adaptées en fonction de la profession.

9.3.2 Focus group infirmier(ère)s - AQ

Quelles sont les principales motivations qui poussent les professionnels à travailler entre eux ?

La collaboration entre PdS permet de mieux organiser les soins autour du patient et de le motiver à suivre correctement son traitement. Au sein des CMS, les infirmier(ère)s en soins généraux référentes assurent un rôle de coordination des soins et de liaison entre les différents PdS. Les relations entre IG et ID sont faciles, il n'y a pas de concurrence et il existe un respect mutuel. Le nombre d'ID sur le canton est cependant perçu comme insuffisant selon les régions. Un des IG se plaint par exemple de n'avoir vu une ID que deux fois en deux ans.

Collaboration entre médecins et infirmier(ère)s : Les ID interviennent en première ligne des soins infirmiers dès la mise en place du traitement antidiabétique ou en seconde ligne sur demande de l'infirmière référente du CMS. La collaboration entre ID et médecins est plutôt bonne, les médecins sont la plupart du temps satisfaits que les ID fassent des propositions en lien avec le traitement. Il arrive cependant que certains médecins tolèrent mal le fait qu'une ID prenne des

initiatives. Certains MPR ne jouent pas toujours le jeu de la transmission d'information ou tardent dans la transmission d'une ordonnance. Certaines ID participent au projet CapDiab et rencontrent le patient diabétique directement au cabinet du médecin. Cette formule semble appréciée.

Les IG trouvent la collaboration avec les médecins parfois compliquée, les relations hiérarchiques font que les IG ont parfois du mal à se faire entendre. Si les valeurs (glycémie) sortent de la norme, il est important d'avoir un plan de traitement clair, ce qui n'est pas toujours le cas. Les infirmier(ère)s agissent sur ordre écrit du médecin, ce document n'est pas toujours facile à obtenir et le classeur de liaison n'est pas toujours consulté et mis à jour par le médecin. Certains médecins n'ont pas toujours le réflexe de la collaboration.

Outils de communication : il existe un classeur à domicile que le patient devrait prendre avec lui lorsqu'il consulte un médecin ou se rend à l'hôpital, cet outil est jugé très utile par les IG. L'utilisation de ce classeur par les médecins est très variable, certains ne le lisent pas ou ne le complètent pas. Certains CMS ont un dossier patient informatisé, mais celui-ci n'est actuellement pas partagé avec les médecins.

La majorité des infirmier(ère)s présent(e)s pensent que le passeport diabète n'est pas adapté, parfois inexistant chez certains patients, souvent mal voir non rempli.

Soins prodigués aux patients diabétiques, quelle répartition entre les différents professionnels de santé ?

Le rôle propre et le diagnostic infirmier en lien avec la prise en compte des besoins fondamentaux des patients sont des notions mal connues des médecins. Les ID ont un rôle propre un peu différent des IG en lien direct avec le suivi du patient diabétique. L'ID peut faire des propositions au médecin concernant le traitement du patient. Si les propositions sont bien argumentées, c'est en général bien accepté.

Les ID sont parfois appelé(e)s tardivement, dans des situations d'urgence. Ils/elles bénéficient plus facilement que les IG d'une marge de manœuvre pour adapter le dosage de l'insuline (+ou- 2 UI). Parmi leurs attributions, ils/elles font du dépistage des neuropathies, surveillent les pieds des patients, proposent du matériel adapté, proposent l'intervention d'une diététicienne ou d'un podologue. Leur objectif est que le diabète du patient soit équilibré. Il existe à l'AVASAD un groupe de travail qui se penche actuellement sur une procédure d'appel auprès des ID. Dans certaines régions, ils/elles sont appelé(e)s systématiquement pour la mise en place d'un nouveau traitement. Il est important que les ID soient sollicité(e)s régulièrement pour qu'ils/elles ne perdent pas leurs compétences.

Les ID ont également un rôle de formation auprès des IG en CMS.

Les IG se sentent limité(e)s dans leurs actes car ils/elles n'ont pas toujours de prescription indiquant une marche à suivre pour le dosage de l'insuline en fonction des glycémies de leurs patients.

L'un des IG pense qu'il existe une grande marge de progrès dans la collaboration entre médecins et infirmier(ère)s.

Recommandation pour la pratique clinique, quelle place dans votre activité ?

Les IG n'ont pas eu connaissance des RPC, ils/elles le regrettent car trouvent cette source d'information très utile.

Les ID ont connaissance des RPC mais pensent que l'implémentation s'est arrêtée. Ils/Elles estiment que trois quarts des patients ne sont potentiellement pas suivis correctement. Il faudrait selon elles que les MPR s'approprient davantage les RPC. Chaque patient diabétique devrait voir au moins une ID et une diététicienne. Le site RECODIAB est une bonne source d'informations, notamment pour le suivi des patients diabétiques âgés.

9.3.3 Focus group mixte médecins et infirmier(ère)s - AQ

Après avoir identifié les principaux acteurs susceptibles d'être impliqués dans la prise en charge des patients diabétiques, les participants ont identifié trois niveaux de " proximité " entre les professionnels de santé et le patient. Ils ont ensuite décrit leurs perceptions des relations interprofessionnelles entre les PdS du premier niveau de proximité.

Le premier niveau de proximité comprend le MPR, le MD ainsi que les ID et IG (lorsque des soins à domicile sont nécessaires). Ces PdS sont les acteurs principaux dans la prise en charge du patient diabétique, parce qu'ils interviennent dans la prise en charge de la maladie de base (gestion de la glycémie) et parce qu'ils ont des contacts réguliers avec le patient. La communication au sein de ce premier cercle est décrite comme un élément central de la qualité des soins.

Le second niveau de proximité comprend des acteurs qui doivent systématiquement intervenir à un moment ou à un autre dans le suivi des patients diabétiques, notamment pour la prévention et le dépistage des complications liées au diabète, mais qui n'interviennent en principe pas directement dans le traitement de la maladie de base : ophtalmologue, cardiologue, maître APAS (activité par le sport), diététicienne, pharmacien, associations de patients.

Les participants ont eu des difficultés à situer la diététicienne, certains PdS considérant que celle-ci devrait intervenir dès la mise en place de la prise en charge du patient diabétique, alors que d'autres PdS considéraient que l'intervention de la diététicienne pouvait ne pas être immédiatement nécessaire si la prise en charge du patient était simple. Finalement, il a été décidé de positionner la diététicienne dans le second cercle de proximité mais tout en soulignant qu'elle était susceptible d'avoir une proximité plus rapprochée avec le patient si cela s'avérait nécessaire.

Le positionnement du pharmacien a également suscité des échanges entre les participants, tous les participants s'accordant pour dire que ce PdS est en contact direct et fréquent avec le patient. Les participants considèrent que le niveau d'implication des pharmaciens dans la prise en charge ou le suivi du traitement du patient diabétique est hétérogène. Le pharmacien devrait prendre une place plus proactive dans le réseau et alerter les autres PdS, par exemple s'il détecte chez le patient un problème de compréhension ou de compliance dans la prise son traitement. Il a été décidé de placer le pharmacien dans le second cercle mais à proximité immédiate du premier cercle.

Le troisième niveau de proximité est constitué des PdS intervenant sur demande, en cas de problème particulier en lien avec le diabète : dentiste, néphrologue, psychologue, angiologue, dermatologue, orthopédiste, ergothérapeute, physiothérapeute, assistante sociale, podologue, bottier/prothésiste.

Synthèse des échanges entre les participants au cours de la réunion

Médecins et infirmier(ère)s s'accordent pour considérer que le " point d'entrée " le plus naturel et le plus fréquent du patient diabétique dans le réseau de soins est le MPR, exception faite des patients ayant un diabète de type 1 qui sont adressé le plus souvent directement à un MD.

IG et ID trouvent que la communication n'est pas toujours aisée entre médecins et infirmier(ère)s, soit parce que chacun a ses propres habitudes de travail et que les cultures professionnelles sont différentes, soit parce que les rôles de chacun sont peu clairs. Les ID trouvent qu'il est parfois difficile de communiquer avec le MPR.

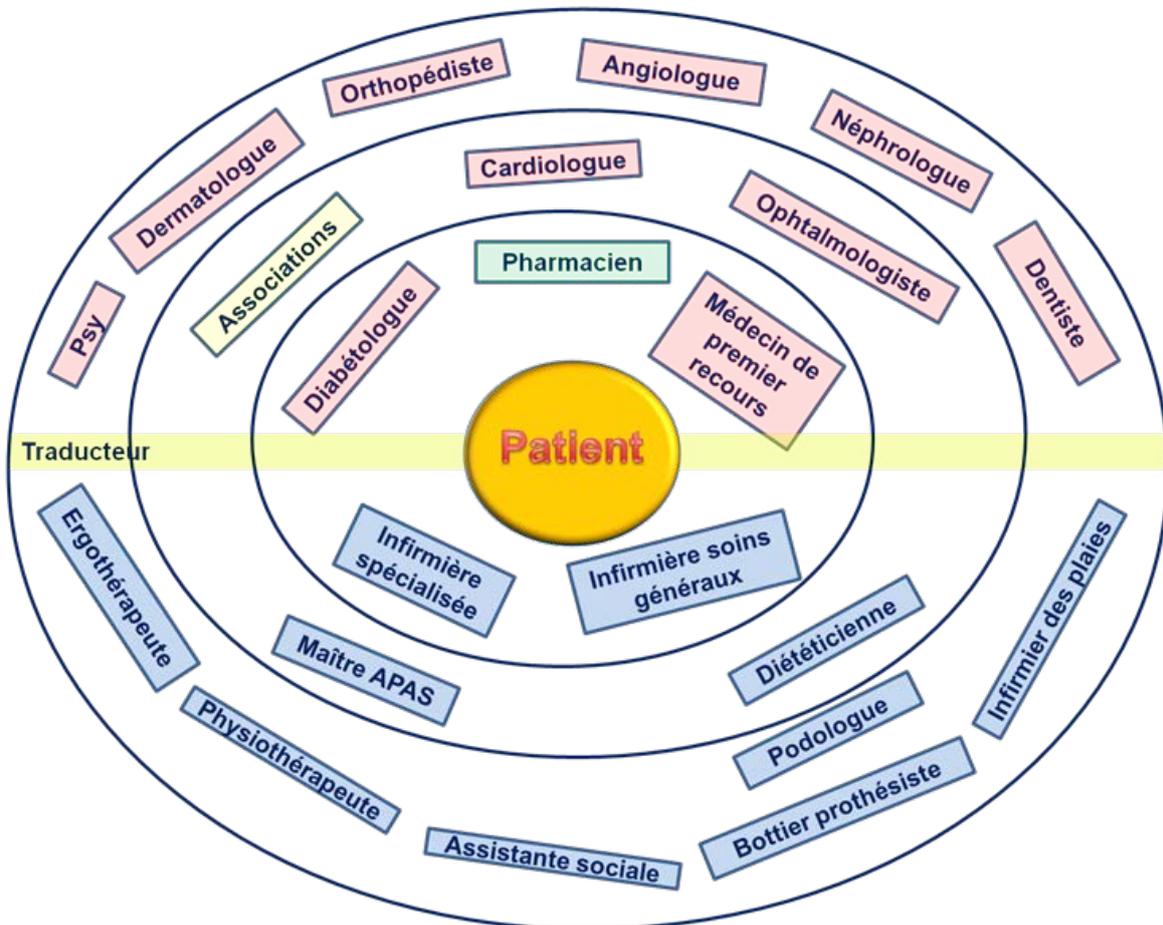
L'un des MPR présent voit à intervalles réguliers ses patients diabétiques avec une ID qui vient à son cabinet. Cette approche est décrite comme idéale par le MPR qui exprime le souci de concentrer les soins dans un nombre limité de lieux de consultation. La collaboration est jugée comme très appréciée et utile.

Un autre MPR souligne l'importance de pouvoir s'appuyer sur des spécialistes, lorsqu'on atteint la limite de ses compétences.

Qu'est-ce que le réseau ? Certains modèles de prise en charge multidisciplinaire semblent bien fonctionner, à l'instar du programme DIAFIT, mais c'est le patient qui doit se conformer à cette offre et non l'inverse. Le réseau pourrait se concevoir comme un ensemble de relations bilatérales perpétuellement en mouvement. Le réseau se modifie et évolue en fonction des besoins du patient et des relations déjà existantes entre lui-même et les professionnels de santé. Le réseau se transforme également en fonction des relations déjà existantes entre le MPR ou le MD et les autres professionnels de santé (Figure 14).

Quelles sont les pistes de progrès pour améliorer la collaboration interprofessionnelle ? Il faudrait améliorer les outils de communication (échanges par courriel, SMS, dossier commun), le MPR pourrait centraliser les informations. Les PdS présents insistent sur le fait qu'il faudrait davantage d'ID disponibles. L'un des MPR présent pense qu'il ne faut pas rendre le réseau trop rigide, il faut laisser le choix au patient (éviter de faire intervenir « d'un coup » un trop grand nombre de professionnels sans évaluer ses attentes et ses besoins), « il ne faut pas imposer une façon de faire unique ».

Figure 14 Focus group mixte médecins et infirmier(ère)s – Structure d'un réseau de soins « idéal » pour la prise en charge du patient diabétique



9.4 Discussion

Les PdS de santé qui ont participé à ces focus groups se sont accordés pour dire que la collaboration interprofessionnelle est importante, pour le patient. Les médecins de premier recours font le constat d'une médecine qui se complexifie et de la nécessité de recourir à des médecins spécialistes. Cependant, Il semble parfois exister une forme de concurrence entre médecins de premiers recours et médecins spécialisés en diabétologie. Cette forme de concurrence n'est pas retrouvée entre infirmier(ère)s spécialisé(es) et infirmier(ère)s en soins généraux. Les infirmier(ère)s en soins généraux décrivent les collaborations comme parfois compliquées avec les médecins de premier recours.

Les PdS reconnaissent l'importance du travail en réseau, les médecins de premier recours semblent soucieux de préserver un modèle de réseau informel les laissant libre de collaborer avec les PdS avec lesquels ils ont tissé des liens de confiance. Les médecins de premier recours rappellent également que le patient doit être libre d'avoir recours ou non à certaines prestations de soins. Les infirmier(ère)s spécialisé(es) et infirmier(ère)s en soins généraux semblent plus habitués à travailler au sein d'un réseau plus organisé du fait même des structures professionnelles dans lesquelles ils/elles exercent.

Lors des focus groups, les PdS ont également fait le constat qu'une coordination entre les différents acteurs intervenant auprès du patient diabétique serait utile sans préciser si cela devait être formalisé ou non. Les PdS présents ont considéré que pour un diabète de type 2, il serait cohérent que le médecin de premier recours assume ce rôle.

Les moyens de communication sont hétérogènes, le passeport diabète est jugé trop fastidieux par les PdS présents. Les infirmier(ère)s en soins généraux sont demandeurs de plans de traitement détaillés, et d'outils de communications que l'ensemble des PdS en charge du patient diabétique pourraient s'approprier.

9.5 L'essentiel en bref – AQ

- Les PdS s'accordent pour dire que la collaboration interprofessionnelle permet de motiver le patient dans le suivi de son traitement.
- La collaboration entre PdS spécialistes et PdS généralistes est parfois compliquée. Les PdS généralistes sont demandeurs de plus de collaboration.
- Le réseau est informel et selon les PdS, il devrait le rester pour leur laisser la liberté de préserver des relations de confiance déjà construites, et laisser le libre choix du patient dans son parcours de soins.
- Les mandats des PdS devraient être mieux définis (par exemple : crainte de la fuite des patients du médecin de premier recours vers le médecin diabétologue).
- Les moyens de communication sont hétérogènes (dossier papier, dossier informatisé, mail, fax ...), le passeport diabète est jugé trop contraignant et il est peu utilisé.
- Certains soins spécialisé(e)s (Maître APA, podologue...) ne sont pas remboursés par l'assurance de base, ce qui est regretté.
- Les RPC sont insuffisamment connues des médecins de premier recours et des infirmier(ère)s en soins généraux

10

Principaux constats et pistes d'action

10 Principaux constats et pistes d'action

10.1 Principaux constats

Au travers des résultats présentés, nous observons que :

- Les infirmier(ère)s ont une perception plus favorable du partage des soins que les médecins. Ceci s'observe en particulier en comparant la perception des médecins de premier recours à celle des infirmier(ère)s en soins généraux.
- Les énoncés qui mentionnent la clarté dans la répartition des tâches et l'égalité dans les relations professionnelles obtiennent des degrés d'accord faibles, en particulier chez les infirmier(ère)s. Les infirmier(ère)s en soins généraux pointent un manque d'échanges et de confiance avec les médecins de premier recours (souhaiteraient par exemple avoir un plan de traitement écrit).
- Les spécialistes (médecins et infirmier(ère)s) ont une perception plus forte de l'existence de conflits interprofessionnels. Lors des focus groups, il est néanmoins apparu que la relation entre médecins de premier recours et infirmière spécialisée en diabétologie était perçue comme fonctionnant bien. L'asymétrie hiérarchique « médecin-infirmier(ère) » serait dans ce cas rééquilibrée par une asymétrie inverse des connaissances « formation généraliste-spécialisation en diabétologie ».
- Les résultats de l'enquête portant sur les pratiques cliniques selon le Chronic care model (telles que rapportées par les professionnels de santé) indiquent des pratiques plus fréquentes que ce qui est retrouvé dans la littérature décrivant le point de vue des patients.
- Les spécialistes (médecins et infirmier(ère)s) ont une pratique habituelle des soins spécifiques aux patients diabétiques plus fréquente que les médecins de premier recours et infirmier(ère)s en soins généraux. Par ailleurs, les professionnels de santé décrivent une situation très inégale dans la répartition des infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie sur le canton. Certaines régions sont décrites comme étant très démunies.
- Certaines RPC semblent faire partie des pratiques habituelles de l'ensemble des professionnels de santé (exemple : évaluation de l'auto contrôle glycémique), alors que d'autres sont beaucoup moins bien connues (exemple : « le patient bénéficie-t-il d'un suivi dentaire régulier »)
- Alors que les infirmier(ère)s en soins généraux ont une connaissance moindre des RPC, ceux/celles-ci les considèrent comme pertinentes, montrant un intérêt dans l'amélioration de leur pratique clinique auprès des patients diabétiques.

- Médecins et infirmier(ère)s considèrent que la communication entre professionnels de santé est importante pour assurer un suivi complet et satisfaisant du patient diabétique. Les professionnels s'accordent aussi pour dire que le passeport diabète n'est pas adapté à leur pratique, et est de fait très peu utilisé.
- Même si les infirmier(ère)s semblent avoir plus l'habitude de travailler en réseau que les médecins, les professionnels de santé consultés considèrent majoritairement que le réseau doit rester informel. Le patient devrait rester libre de choisir les soignants susceptibles d'intervenir auprès de lui.
- Le réseau de soins est perçu comme un ensemble de relations bilatérales. Il évoluerait en fonction des relations de confiance qui se sont construites entre le patient et les professionnels de santé qu'il connaît, et entre des professionnels de santé qui ont l'habitude de travailler ensembles. Le médecin de premier recours est largement perçu comme étant le coordinateur du réseau de soins.

10.2 Pistes d'action

Le tableau ci-après dresse une liste des lacunes potentielles en matière de collaboration interprofessionnelle suggérées par les résultats de cette étude (besoins théoriques). Il présente également une série d'arguments qui plaident en faveur de différentes réponses possibles Tableau 22.

Tableau 22 Besoins théoriques et réponses possibles

Besoins théoriques	Arguments	Réponses possibles
Clarifier la répartition des soins entre professionnels de santé	Apaiser les craintes de voir certains patients être « accaparés » par l'un ou l'autre professionnel de la santé.	Poursuivre la réflexion sur la structuration du réseau (cf. Figure 14) et la définition des rôles respectifs des différents professionnels
	Le manque de clarté dans les rôles est perçu comme un frein à la collaboration interprofessionnelle.	Encourager l'utilisation de l'exemple de la prise en charge du diabète dans les cours prégradués qui sont donnés en commun aux médecins et aux infirmier(ère)s.
Améliorer les moyens de communications entre professionnels de santé	Passeport diabète très peu utilisé	Refonte du passeport diabète dans une version simplifiée
	Classeur CMS pas toujours complété. Besoin pour les infirmiers d'avoir un plan de traitement détaillé	Poursuivre le développement du dossier électronique patient avec accès pour l'ensemble des professionnels de la santé en lien avec le patient.
	Améliorer la qualité des soins et l'efficacité du réseau par un meilleur partage de l'information.	
Connaissances inégales des RPC par les professionnels de santé en soins généraux	Souhait des infirmier(ère)s en soins généraux d'être mieux reconnues et intérêt pour améliorer leurs connaissances	Implémenter les RPC auprès de tous les professionnels de santé impliqués
	Améliorer la qualité des soins par une connaissance des RPC partagée et orientée vers la pratique.	Recourir aux cercles de qualité pour promouvoir une implémentation interactive des RPC basée sur des vignettes cliniques
Faciliter la construction et le développement des réseaux tout en préservant ceux qui existent déjà	Difficultés pour certains professionnels de santé à trouver un interlocuteur dans certaines spécialités	Développer et faire connaître une plateforme dédiée recensant tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du diabète.
Difficulté d'avoir recours à certains soins ou dispositifs médicaux	Certains patients ont besoins de soins par un podologue, ou de conseils par un professionnel en activité physique adaptée mais ceux-ci ne sont de manière générale pas remboursés par l'assurance de base	Evaluer la possibilité de trouver des nouveaux modes de financement pour ces prestations.
	Les infirmier(ère)s spécialisées ont une bonne connaissance des dispositifs médicaux adaptés aux patients diabétiques mais ne peuvent pas les prescrire	Faire de l'advocacy auprès des acteurs de l'assurance maladie en faveur du remboursement de ce type de prestation.
Manque d'infirmier(ère)s spécialisées en diabétologie dans certaines régions	Difficultés dans certaines régions d'avoir recours à une infirmière spécialisée.	Evaluer en collaboration avec les acteurs concernés les stratégies possibles pour accroître les effectifs et/ou le taux d'activité des infirmier(ère)s spécialisées en diabétologie
	Favoriser une meilleure égalité de traitement sur l'ensemble du territoire vaudois	Développer les formations auprès des équipes en soins généraux par les infirmier(ère)s spécialisées

11

Références

11 Références

- 1 Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255>
- 2 Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *CMAJ.* 2001 Oct 30;165(9):1210-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11706910>
- 3 Sicotte C, D'Amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. *Soc Sci Med.* 2002 Sep;55(6):991-1003. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12220099>
- 4 Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health.* 2005;8(2):94-104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- 5 D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé.* 1999;17(3):67-94. Available from: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468
- 6 Kroger E, Tourigny A, Morin D, Cote L, Kergoat M-J, Lebel P, et al. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Services Research.* 2007;7(1):195. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/195>
- 7 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care.* 2005 May;19 Suppl 1:116-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096150>
- 8 San Martin-Rodriguez L, D'Amour D, Leduc N. Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nurs.* 2008 Mar-Apr;31(2):E18-27.
- 9 San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care.* 2005 May;19 Suppl 1:132-47.
- 10 Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon E. L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. 2006.
- 11 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003 Nov 22;327(7425):1219-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14630762>
- 12 Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care.* 2005 Nov;28(11):2655-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249535>

- 13 Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res.* 2002 Jun;37(3):791-820. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12132606>
- 14 Iglesias K, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. PACIC Instrument: disentangling dimensions using published validation models. *Int J Qual Health Care.* 2014 Jul 29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25074499>
- 15 Carryer J, Budge C, Hansen C, Gibbs K. Modifying the PACIC to assess provision of chronic illness care: an exploratory study with primary health care nurses. *Journal of primary health care.* 2010 Jun;2(2):118-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690301>
- 16 Peytremann-Bridevaux I, Bordet J, Zuercher E, Burnand B. Caractéristiques des patients diabétiques vaudois et évaluation de leur prise en charge. Programme cantonal Diabète : Rapport final Lausanne, 2013(Raison de santé,211).

12

Annexes

12 Annexes

12.1 Invitation électronique à participer à l'enquête sur Internet

Enquête sur les pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la prise en charge du diabète

Madame, Monsieur, chère/cher Collègue,

Dans le cadre du développement du Programme cantonal Diabète, une enquête par Internet sur les pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle est lancée dans le canton de Vaud. Elle est menée en collaboration par trois unités du Département de médecine et santé communautaire (DUMSC) du CHUV: l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) et l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG), avec le soutien du Programme cantonal Diabète (PcD) et de l'Office fédéral de la santé publique.

Cette enquête s'adresse à plusieurs types de professionnels intervenant dans la prise en charge du diabète:

- médecins de famille (internistes-généralistes et médecins praticiens)
- endocrinologues-diabétologues
- infirmiers/infirmières spécialisé(e)s en diabétologie et infirmiers/infirmières des centres médico-sociaux (CMS).

Ces données contribueront aux réflexions sur la prise en charge du diabète dans le canton de Vaud.

Nous vous invitons à participer à cette enquête, qui devrait vous prendre environ 20 minutes. Votre participation est importante et sera très appréciée. L'étude est soutenue par Médecins de Famille Vaud (MF Vaud), la Société Vaudoise de Médecins (SVM), l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) ainsi que par l'Association suisse des infirmières spécialisées en diabétologie.

L'enquête est anonyme. Le protocole de cette enquête a été soumis à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (Vaud).

Le lien Internet pour participer à cette enquête est le suivant:

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=93532&lang=fr>

Nous sommes à votre disposition pour toute question que vous souhaiteriez nous poser aux coordonnées suivantes

- Raphaël Bize, médecin chef de clinique, tél au 021 314 72 99 ou email: raphael.bize@chuv.ch
- Isabelle Peytremann-Bridevaux, professeur assistant, tél au 021 314 72 84 ou email: isabelle.peytremann-bridevaux@chuv.ch

Nous vous remercions par avance de votre précieuse contribution et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, chère/cher Collègues, l'expression de nos salutations les meilleures.

Raphaël Bize, Isabelle Peytremann-Bridevaux

12.2 Questionnaire électronique

Diabète: pratique des professionnelles de santé et collaboration interprofessionnelle

Madame, Monsieur, chère/cher Collègue,

Dans le cadre du développement du Programme cantonal Diabète, une enquête par Internet sur les pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle est lancée dans le canton de Vaud. Elle est menée en collaboration par trois unités du Département de médecine et santé communautaire (DUMSC) du CHUV: l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) et l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG), avec le soutien du Programme cantonal Diabète (PCD) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Cette enquête s'adresse à plusieurs types de professionnels intervenant dans la prise en charge du diabète:

- les médecins de famille (internistes-généralistes et médecins praticiens);
- les endocrinologues-diabétologues ;
- les infirmiers/infirmières spécialisé(e)s en diabétologie et infirmiers/infirmières des centres médico- sociaux (CMS).

Le questionnaire comprend trois sections et après chacune d'elle vous aurez l'opportunité d'ajouter vos commentaires. Ces données contribueront aux réflexions sur la prise en charge du diabète dans le canton de Vaud. Nous vous invitons à participer à cette enquête anonyme, qui devrait vous prendre environ 20 minutes.

Votre participation est importante et sera très appréciée. Elle est soutenue par Médecins de Famille Vaud (MF Vaud), la Société Vaudoise de Médecins (SVM), l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) ainsi que par l'Association suisse des infirmières spécialisées en diabétologie.

Le protocole de cette enquête a été approuvé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (Vaud).

Nous sommes à votre disposition pour toute question que vous souhaiteriez nous poser aux coordonnées suivantes :

- Raphaël Bize, médecin chef de clinique, tél au 021 314 72 99 ou email: raphael.bize@chuv.ch
- Isabelle Peytremann-Bridevaux, médecin cheffe de clinique, tél au 021 314 72 84 ou email: isabelle.peytremann-bridevaux@chuv.ch

Nous vous remercions d'avance pour le temps consacré à ce questionnaire!

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autre fin que celle d'alléger le texte.

Il y a 42 questions dans ce questionnaire

Introduction

1 [Filtre]Avez-vous eu à prodiguer des soins à des personnes diabétiques durant les 3 derniers mois? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
 Oui

2 [Nb_diab]A combien estimez-vous le nombre de patients diabétiques que vous avez vu en consultation ou à domicile au cours des 30 derniers jours?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Oui' à la question '1 [Filtre]' (Avez-vous eu à prodiguer des soins à des personnes diabétiques durant les 3 derniers mois?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Profession

3 [Prof]Quelle est votre profession? *

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Infirmier
 Médecin

Collaboration interprofessionnelle 1/3

Les énoncés suivants concernent la dimension "Partage des activités de soins" dans le suivi de personnes souffrant de diabète.

4 [1_Part]A quel point êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d'accord 1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
Les professionnels prennent en considération l'ensemble des besoins de leurs patients/clientèles, c'est-à-dire les besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord 1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
Les professionnels prennent en considération les données et informations communiquées par les autres professionnels, concernant leur patient/client.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels avec lesquels je suis en contact dans le suivi des patients/clients diabétiques fonctionnent ou collaborent facilement malgré l'existence de zones floues dans le partage des responsabilités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels collaborent régulièrement à l'élaboration d'une stratégie commune de prise en charge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de situations difficiles ou complexes, et si nécessaire, les professionnels sollicitent du soutien (avis, conseil) auprès d'autres groupes professionnels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels échangent entre eux les informations pertinentes au sujet de leurs patients/clients communs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels collaborent entre eux pour assurer le suivi de leurs patients/clients communs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le niveau de collaboration entre les professionnels est élevé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collaboration interprofessionnelle 2/3

Les énoncés suivants concernent la dimension "Coordination interprofessionnelle" en contexte de suivi de personnes souffrant de diabète.

5 [2_Coll]A quel point êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d'accord 1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
Les professionnels participent aux prises de décision qui concernent les besoins de santé de leurs patients/clients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les relations entre les groupes professionnels sont égalitaires (c'est-à-dire qu'on considère que les apports des uns sont aussi importants que les apports des autres).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le partage des responsabilités cliniques entre les différents groupes professionnels est clair.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les différents groupes de professionnels prodiguent les soins sans se porter préjudice mutuel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les activités propres aux différents professionnels qui collaborent ensemble sont bien définies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels font des efforts afin d'éviter des conflits au sujet du partage des tâches et des responsabilités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les activités de collaboration interprofessionnelle sont bien intégrées dans le fonctionnement quotidien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord 1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
Les activités de prises en charge par des professionnels de différents groupes, auprès d'un même patient/client, sont bien coordonnées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du point de vue des patients/clients, la collaboration interprofessionnelle est harmonieuse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collaboration interprofessionnelle 3/3

Les énoncés suivants concernent la dimension "Conflit éventuel associé à la collaboration" dans le contexte de suivi de personnes souffrant de diabète.

6 [3_Confli]A quel point êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout d'accord 1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
Les objectifs poursuivis par certains professionnels sont discordants par rapport aux objectifs du plan de traitement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conflits sont fréquents concernant le partage des responsabilités entre les professionnels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En général, les conflits entre les professionnels concernant le partage des responsabilités dans la prise en charge ou le suivi de patients/clients diabétiques, se règlent difficilement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les relations interprofessionnelles sont perçues comme impliquant des gagnants et des perdants (si l'un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord 1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
gagne, l'autre perd). Il y a toujours des professionnels qui restent insatisfaits lorsque des décisions sont prises par un groupe de professionnels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a un haut niveau de compétition entre les professionnels des différents groupes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a une certaine incompatibilité entre les objectifs des différents groupes professionnels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires - partie 1

Avez-vous des commentaires pour cette première partie?

7 [Com1]

Veillez écrire votre réponse ici :

Soins prodigués lors de diabète 1/4

Rester en bonne santé peut être difficile lorsque l'on a un diabète. Nous aimerions savoir quel type d'aide et de soutien vous apportez aux personnes avec un diabète. Les questions ci-dessous vous proposent une liste de manières de prodiguer des soins.

8 [4_EvalSoinFreq] En général, lorsque vous assurez le suivi d'une personne avec un diabète, à quelle fréquence:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais (aucune des fois où je vois le patient)	Rarement	Quelquefois	Très souvent	Toujours (chaque fois que je vois le patient)
Lui demandez-vous son avis lors de l'élaboration du plan de traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui proposez-vous diverses options de traitement auxquelles réfléchir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui demandez-vous de parler de tout problème lié à ses médicaments ou à leurs effets ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui donnez-vous une liste écrite de choses qu'elle devrait faire pour améliorer sa santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous organisez ses soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui expliquez-vous en quoi la manière dont elle s'occupe de son diabète influence son état de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui demandez-vous de parler des objectifs qu'elle vise pour prendre soin d'elle-même ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'aidez-vous à établir des objectifs personnels pour améliorer son alimentation ou son activité physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui donnez-vous un exemplaire de son plan de traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'encouragez-vous à participer à un groupe ou à un cours pour l'aider à gérer son diabète ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lui posez-vous des questions sur ses habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire ?	<input type="radio"/>				
Tenez-vous compte de ses valeurs et traditions lorsque vous recommandez des traitements ?	<input type="radio"/>				
L'aidez-vous à établir un plan de traitement adapté à sa vie quotidienne ?	<input type="radio"/>				

Soins prodigués lors de diabète 2/4

9 [4_EvalSoinFreq] En général, lorsque vous assurez le suivi d'une personne avec un diabète, à quelle fréquence:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais (aucune des fois où je vois le patient)	Rarement	Quelquefois	Très souvent	Toujours (chaque fois que je vois le patient)
L'aidez-vous à s'organiser pour être en mesure de prendre soin de son état de santé même dans les moments difficiles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui demandez-vous comment son diabète affecte sa vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La contactez-vous après une consultation pour voir comment les choses vont ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'encouragez-vous à participer aux programmes organisés localement, qui pourraient l'aider ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'adressez-vous à un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) ou un(e) autre professionnel de la santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lui expliquez-vous comment ses consultations chez d'autres médecins spécialistes contribuent à son traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lui demandez-vous comment se déroulent ses consultations avec d'autres professionnels de la santé ?	<input type="radio"/>				
Lui demandez-vous quels aspects de son diabète elle souhaite aborder lors de la consultation ?	<input type="radio"/>				
Lui demandez-vous comment son travail, sa famille ou sa situation sociale influence la prise en charge de son diabète ?	<input type="radio"/>				
L'aidez-vous à s'organiser pour obtenir le soutien de ses amis, de sa famille, ou de sa communauté ?	<input type="radio"/>				
Lui dites-vous combien ses efforts pour prendre soin de son diabète (p.ex. activité physique) sont importants pour sa santé ?	<input type="radio"/>				
Fixez-vous ensemble un objectif pour ce qu'elle peut faire pour gérer son diabète ?	<input type="radio"/>				
Lui remettez-vous un cahier ou carnet de bord dans lequel noter les progrès qu'elle fait ?	<input type="radio"/>				

Soins prodigués lors de diabète 3/4

10 [5_EvalSoinQui] Voici la même liste de soins. Indiquez qui devrait se charger de ce soin (médecin, infirmier ou les deux) ou si, le cas échéant, il ne devrait pas être prodigué.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Médecin	Infirmier	Les deux	Ce type de soin ne devrait pas être fourni
Demander l'avis du patient lors de l'élaboration du plan de traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Médecin	Infirmier	Les deux	Ce type de soin ne devrait pas être fourni
Proposer au patient diverses options de traitement auxquelles réfléchir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demander au patient de parler de tout problème lié à ses médicaments ou à leurs effets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Donner au patient une liste écrite de choses qu'il devrait faire pour améliorer sa santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expliquer au patient en quoi la manière dont il s'occupe de son diabète influence son état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demander au patient de parler des objectifs qu'il vise pour prendre soin de lui-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aider le patient à établir des objectifs personnels pour améliorer son alimentation ou son activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Donner au patient un exemplaire de son plan de traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encourager le patient à participer à un groupe ou à un cours pour l'aider à gérer son diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poser des questions au patient sur ses habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir compte des valeurs et traditions du patient lors de la recommandation des traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aider le patient à établir un plan de traitement adapté à sa vie quotidienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soins prodigués lors de diabète 4/4

11 [5_EvalSoinQui]Indiquez qui devrait se charger de ce soin (médecin, infirmier ou les deux) ou si, le cas échéant, il ne devrait pas être prodigué.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Médecin	Infirmier	Les deux	Ce type de soin ne devrait pas être fourni
Aider le patient à s'organiser pour être en mesure de prendre soin de son état de santé même dans les moments difficiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demander au patient comment son diabète affecte sa vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contacter le patient après une consultation pour voir comment les choses vont	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encourager le patient à participer aux programmes organisés localement, qui pourraient l'aider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adresser le patient à un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) ou un(e) autre professionnel de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expliquer au patient comment ses consultations chez d'autres médecins spécialistes contribuent à son traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demander au patient comment se déroulent ses consultations avec d'autres professionnels de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demander au patient quels aspects de son diabète il souhaite aborder lors de la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demander au patient comment son travail, sa famille ou sa situation sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Médecin	Infirmier	Les deux	Ce type de soin ne devrait pas être fourni
influence la prise en charge de son diabète				
Aider le patient à s'organiser pour obtenir le soutien de ses amis, de sa famille, ou de sa communauté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dire au patient combien ses efforts pour prendre soin de son diabète (p.ex. activité physique) sont importants pour sa santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fixer avec le patient un objectif pour ce qu'il peut faire pour gérer son diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remettre au patient un cahier ou carnet de bord dans lequel noter les progrès qu'il fait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires - partie 2

Avez-vous des commentaires pour cette deuxième partie?

12 [Com2]

Veuillez écrire votre réponse ici :

Bilan initial du patient diabétique ½

13 [6_BilanIn] A votre avis, dans le cadre du bilan initial d'un patient diabétique, les recommandations pour la pratique clinique préconisent de :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Déterminer le BMI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palper les pouls périphériques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'assurer que la personne bénéficie d'un test d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doser le taux sanguin de lipoprotéine « a » Lp(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'assurer que la personne bénéficie d'un ultrason rénal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 [7_BilanIn] Dans le cadre du bilan initial d'un patient diabétique, à quel point jugez-vous personnellement que ces mêmes actions sont pertinentes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout pertinent				Tout à fait pertinent
	1	2	3	4	5
Déterminer le BMI	<input type="radio"/>				
Palper les pouls périphériques	<input type="radio"/>				
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	<input type="radio"/>				
S'assurer que la personne bénéficie d'un test d'effort	<input type="radio"/>				
S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier	<input type="radio"/>				
Doser le taux sanguin de lipoprotéine « a » Lp(a)	<input type="radio"/>				
S'assurer que la personne bénéficie d'un ultrason rénal	<input type="radio"/>				

Bilan initial du patient diabétique 2/2

15 [8.1_BilanIn] Dans votre pratique habituelle, parmi 10 patients diabétiques, chez combien d'entre eux (en moyenne) réalisez-vous les actions suivantes dans le cadre du **bilan initial**:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Déterminer le BMI	<input type="radio"/>										
Palper les pouls périphériques	<input type="radio"/>										
S'assurer que le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire soit déterminé	<input type="radio"/>										
S'assurer que la personne bénéficie d'un test d'effort	<input type="radio"/>										
S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier	<input type="radio"/>										
S'assurer que le taux sanguin de lipoprotéine « a » Lp(a) soit dosé	<input type="radio"/>										
S'assurer que la personne bénéficie d'un ultrason rénal	<input type="radio"/>										

16 [8.2_BilanIn] Dans votre pratique habituelle, parmi 10 patients diabétiques, chez combien d'entre eux (en moyenne) réalisez-vous les actions suivantes le cadre du **bilan initial**:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Déterminer le BMI	<input type="radio"/>										
Palper les pouls périphériques	<input type="radio"/>										
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	<input type="radio"/>										
S'assurer que la personne bénéficie d'un test d'effort	<input type="radio"/>										
S'assurer que la personne bénéficie d'un suivi dentaire régulier	<input type="radio"/>										
Doser le taux sanguin de lipoprotéine « a » Lp(a)	<input type="radio"/>										
S'assurer que la personne bénéficie d'un ultrason rénal	<input type="radio"/>										

Suivi clinique et paraclinique du patient diabétique 1/2

17 [9_Suivi] A votre avis, dans le cadre du suivi d'un patient diabétique, les recommandations pour la pratique clinique préconisent de :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Je ne sais pas
S'assurer que la personne bénéficie d'un examen du fond d'œil à la fréquence de 1x/5ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doser le taux sanguin de HbA1c à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investiguer les dysfonctions érectiles lors de l'anamnèse chez les patients masculins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doser la créatinine sérique à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluer l'auto-contrôle glycémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister la coronaropathie chez les personnes asymptomatiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 [10_suivi] Dans le cadre du suivi d'un patient diabétique, à quel point jugez-vous personnellement que ces mêmes actions sont pertinentes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout pertinent 1	2	3	4	Tout à fait pertinent 5
S'assurer que la personne bénéficie d'un examen du fond d'œil à la fréquence de 1x/5ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doser le taux sanguin de HbA1c à la fréquence de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout pertinent 1	2	3	4	Tout à fait pertinent 5
1x/an					
Investiguer les dysfonctions érectiles lors de l'anamnèse chez les patients masculins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doser la créatinine sérique à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluer l'auto-contrôle glycémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister la coronaropathie chez les personnes asymptomatiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suivi clinique et paraclinique du patient diabétique 2/2

19 [11.1_Suivi] Dans votre pratique habituelle, parmi 10 patients diabétiques, chez combien d'entre eux (en moyenne) réalisez-vous les actions suivantes dans le cadre du suivi :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'assurer que la personne bénéficie d'un examen du fond d'œil à la fréquence de 1x/5ans	<input type="radio"/>										
S'assurer que le taux sanguin de HbA1c soit dosé à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>										
S'assurer que les dysfonctions érectiles soient investiguées lors de l'anamnèse chez les patients masculins	<input type="radio"/>										
S'assurer que le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire soit déterminé	<input type="radio"/>										

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'assurer que la créatinine sérique soit dosée à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>										
Evaluer l'auto-contrôle glycémique	<input type="radio"/>										
S'assurer que la coronaropathie soit dépistée chez les personnes asymptomatiques	<input type="radio"/>										
Investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie	<input type="radio"/>										

20 [11.2_Suivi] Dans votre pratique habituelle, parmi 10 patients diabétiques, chez combien d'entre eux (en moyenne) réalisez-vous les actions suivantes dans le cadre du suivi :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S'assurer que la personne bénéficie d'un examen du fond d'œil à la fréquence de 1x/5ans	<input type="radio"/>										
Doser le taux sanguin de HbA1c à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>										
Investiguer les dysfonctions érectiles lors de l'anamnèse chez les patients masculins	<input type="radio"/>										
Déterminer le rapport albumine/créatinine dans un spot urinaire	<input type="radio"/>										
Doser la créatinine sérique à la fréquence de 1x/an	<input type="radio"/>										
Evaluer l'auto-contrôle glycémique	<input type="radio"/>										
Dépister la coronaropathie chez les personnes asymptomatiques	<input type="radio"/>										
Investiguer les éventuelles évolutions du mode de vie	<input type="radio"/>										

Diagnostic précoce et prise en charge du pied diabétique ½

21 [12_Diag] A votre avis, dans le cadre de la prévention, du diagnostic précoce et de **la prise en charge du pied diabétique**, les recommandations pour la pratique clinique préconisent de :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examiner les pieds au minimum 4x/an chez les patients à haut risque d'ulcération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechercher les mycoses interdigitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposer le port de chaussettes claires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examiner la sensibilité au niveau du pied à l'aide d'un monofilament et/ou d'un diapason gradué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechercher les hyperkératoses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposer le port de bas de contention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22 [13_Diag] Dans le cadre de la prévention, du diagnostic précoce et de **la prise en charge du pied diabétique**, à quel point **jugez-vous personnellement** que ces mêmes actions sont **pertinentes** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout pertinent 1	2	3	4	Tout à fait pertinent 5
Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examiner les pieds au minimum 4x/an chez les patients à haut risque d'ulcération	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout pertinent 1	2	3	4	Tout à fait pertinent 5
Rechercher les mycoses interdigitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposer le port de chaussettes claires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examiner la sensibilité au niveau du pied à l'aide d'un monofilament et/ou d'un diapason gradué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechercher les hyperkératoses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposer le port de bas de contention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diagnostic précoce et prise en charge du pied diabétique 1/2

23 [14_Diag] Dans votre pratique habituelle, parmi 10 patients diabétiques, chez combien d'entre eux (en moyenne) réalisez-vous les actions suivantes dans le cadre de la prévention, du diagnostic précoce et de la prise en charge du pied diabétique :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rechercher au minimum 1x/an un gradient de température lors de la palpation des membres inférieurs chez un patient à faible risque	<input type="radio"/>										
Examiner les pieds au minimum 4x/an chez les patients à haut risque d'ulcération	<input type="radio"/>										
Rechercher les mycoses interdigitales	<input type="radio"/>										
Proposer le port de chaussettes claires	<input type="radio"/>										
Examiner la sensibilité au niveau du pied à l'aide d'un monofilament et/ou d'un diapason gradué	<input type="radio"/>										
Rechercher les hyperkératoses	<input type="radio"/>										
Proposer le port de bas de contention	<input type="radio"/>										

Commentaires - partie 3

Avez-vous des commentaires pour cette troisième partie?

24 [Com3]

Veillez écrire votre réponse ici :

Et pour terminer

25 [Age]Votre âge

Veillez écrire votre réponse ici :

26 [Sexe]Votre sexe

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

27 [I_dip]Votre dernier diplôme obtenu

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- ES
- HES
- CAS/DAS/MAS
- Master ou PhD
- Autres

28 [I_dip_s]Préciser

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Autres' à la question '27 [I_dip]' (Votre dernier diplôme obtenu)

Veuillez écrire votre réponse ici :

29 [I_spe]Avez-vous un titre d'infirmier spécialisé en diabétologie?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veuillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
 Non

30 [I_act]Activité clinique principale:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veuillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- En milieu hospitalier
 En CMS
 En tant que indépendant
 Autre

31 [I_act_s]Préciser

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Autre' à la question '30 [I_act]' (Activité clinique principale:)

Veuillez écrire votre réponse ici :

32 [I_taux]Votre taux de travail

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

33 [I_AnExp]Nombre d'années d'expérience

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

34 [I_HeurFor] Nombre d'heures de formation en diabétologie que vous avez suivi dans les 12 derniers mois

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veillez écrire votre réponse ici :

35 [I_PresSpe] Présence dans votre lieu de travail d'un(e) spécialiste clinique ou d'un(e) mentor en diabétologie à qui vous pouvez vous référer facilement en cas de besoin.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Infirmier' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
 Non

36 [M_AnDip] Année où vous avez obtenu votre diplôme de médecin

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veillez écrire votre réponse ici :

37 [M_AnCab] Année où vous vous êtes installé en cabinet

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veillez écrire votre réponse ici :

38 [M_prat] Vous pratiquez (activité principale) en tant que:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie
 Spécialiste FMH en médecine interne/médecine générale/médecine interne générale
 Médecin praticien (sans titre FMH)
 Autre

39 [M_prat_s] Merci de précisez:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Autre' à la question '38 [M_prat]' (Vous pratiquez (activité principale) en tant que:)

Veuillez écrire votre réponse ici :

40 [M_act] Activité clinique principale en:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veuillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe, comme indépendant
- Centre ou service ambulatoire, permanence, comme médecin salarié
- Milieu hospitalier public
- Autre

41 [M_act_s] Préciser

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Autre' à la question '40 [M_act]' (Activité clinique principale en:)

Veuillez écrire votre réponse ici :

42 [M_taux] Nombre de demi-journées par semaine consacrées à votre activité clinique

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° La réponse était 'Médecin' à la question '3 [Prof]' (Quelle est votre profession?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

01.01.1970 – 01:00

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

12.3 Focus group médecins

Enquête pratiques et collaborations interprofessionnelles pour la prise en charge du patient diabétique Focus group médecins diabétologues et médecins de premier recours – 9 septembre 2014						
Médecin diabétologue 1	Médecin diabétologue 2	Médecin diabétologue 3	Médecin premier recours 1	Médecin premier recours 2	Médecin premier recours 3	Médecin premier recours 4
Collaboration interprofessionnelles : Quelles sont les principales motivations qui poussent les professionnels de santé à collaborer ensemble						
<ul style="list-style-type: none"> - Motivation = les besoins du patient - Si on identifie un besoin spécialisé, il est logique de s'adresser à un spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation = pouvoir articuler un plan de traitement cohérent. - Pour que tout le monde parle le même langage, rendre l'implicite explicite. - Dans son expérience, les patients apprécient d'avoir un point d'entrée unique - Nécessité d'avoir une grande souplesse dans le fonctionnement du réseau, selon les besoins spécifiques des patients 	<ul style="list-style-type: none"> Certains patients n'osent pas poser leurs questions au médecin traitant (MT) - Motivation = le patient et le fait d'avoir d'autres points de vue sur sa santé, la somme de ces points de vue est très utile 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation = créer une synergie dans la prise en charge - La possibilité du passage de l'infirmière spécialisée à domicile est expérience positive dans sa pratique - Permet de revoir le traitement avec un diabétologue - Permet de travailler en réseau - Il faut que l'information circule 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation = perceptions de ses insuffisances - La communication interprofessionnelle s'améliore depuis environ 15 ans - Adresser ses patients diabétiques aux spécialistes (ophtalmologue, inf. en diabéto., diététicienne) devient plus automatique - Les traitements deviennent plus complexes, ce qui constitue le moteur de cette évolution, on doit se référer davantage à d'autres professionnels de santé (analogie avec les trithérapies du VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> - Il faudrait éviter que la collaboration devienne un but en soi - Il faut revenir au patient et à ses besoins : s'il est stable, le MT suffit - La complexification des traitements (y compris les antidiabétiques oraux) fait qu'on envoie plus facilement au diabétologue 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation : niveau de preuve scientifique pour les bénéfices de la prise en charge multidisciplinaire - Chacun à ses compétences (ex : enseignement et autocontrôle glycémique par l'infirmière spécialisée) - Le médecin ne peut pas tout faire, il manque de temps

Enquête pratiques et collaborations interprofessionnelles pour la prise en charge du patient diabétique
Focus group médecins diabétologues et médecins de premier recours – 9 septembre 2014

Médecin diabétologue 1	Médecin diabétologue 2	Médecin diabétologue 3	Médecin premier recours 1	Médecin premier recours 2	Médecin premier recours 3	Médecin premier recours 4
Travailler en réseau						
<ul style="list-style-type: none"> - Les réseaux informels fonctionnent mieux 	<ul style="list-style-type: none"> - La collaboration avec les autres professionnels (non médecins) est plus facile car les rôles sont plus clairs - Il y a une très grande hétérogénéité des mandats quand un MPR adresse un patient au diabétologue 	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient ne devrait pas appartenir à un professionnel de la santé plutôt qu'à un autre - Les prescriptions sont très claires pour les infirmières spécialisées et de CMS - Incertitudes sur les compétences en diabétologie des podologues (et quid des pédicures) - La coordination est un « fantasme de l'état » - Le patient doit pouvoir choisir la porte d'entrée qu'il souhaite - Danger du réseau : risque de trop réguler 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficile d'identifier le bon professionnel de santé : une liste serait utile - Une plateforme pourrait recenser les professionnels du diabète - Dans le cas de certains patients, il est intéressant de faire des réunions de réseaux - Intérêt de l'offre Diafit pour la promotion de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Un frein important à la collaboration avec les diabétologues et la crainte de voir ses patients « fuir » vers le spécialiste - Il faudrait des mandats et des règles claires pour la prise en charge du patient par les spécialistes - Il faut que soit dit où l'ancrage doit se faire - Pour illustrer le flou qui règne, il est fréquent que les inf. spécialisées en diabéto. appellent le spécialiste au lieu du MT en cas de problème - Il y a un malentendu sur le terme Réseau : pour MT c'est une liste de collègues de confiance et pas un réseau constitué, institutionnalisé où on ne peut plus travailler avec qui ont veut et où il faut reconstruire la confiance - Il faut tenir compte de l'ego de tous les soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a des réseaux informels et des réseaux formels - Cela devient plus naturel pour le patient d'être adressé à un spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> - Si le patient quitte son MT au profit du diabétologue c'est n'est pas si grave, car cela répond probablement à un besoin - Incertitude quant à la capacité de tous les podologues de prendre en charge un pied diabétique - Le formatage vers un travail en réseau accru provient de différentes sources : colloques, RPC, etc.
Outils de communications						
<ul style="list-style-type: none"> - Passeport diabète provoque des résistances: Trop structuré, trop contraignant (30 à 40 items) Intérêt principal : la 1ère fois qu'on le remplit le patient prend conscience de tout ce qui est fait 	<ul style="list-style-type: none"> - Il est nécessaire d'avoir des outils de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a des progrès dans la communication de résultats scientifiques - L'accès à l'information sur Internet a modifié les perceptions des patients, il y a un changement de paradigme lié à l'évolution de la technologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour qu'un réseau fonctionne bien il faut le respect de chacun et une bonne communication. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le passeport diabète prend trop de temps, le carnet des CMS est plus simple 	<ul style="list-style-type: none"> - il faudrait réduire le contenu du passeport diabète à l'essentiel 	

Enquête pratiques et collaborations interprofessionnelles pour la prise en charge du patient diabétique
Focus group médecins diabétologues et médecins de premier recours – 9 septembre 2014

Médecin diabétologue 1	Médecin diabétologue 2	Médecin diabétologue 3	Médecin premier recours 1	Médecin premier recours 2	Médecin premier recours 3	Médecin premier recours 4
Soins prodigués aux diabétiques : quelle répartition entre les différents professionnels de santé ?						
<ul style="list-style-type: none"> - Le rôle des IDE a changé, elles sont plus indépendantes - On demande davantage aux infirmières d'apporter leurs regards sur les besoins du patients - Certains systèmes (Finlande et Suède) ont mis en place des règles définissant à partir de quel moment (par ex. en se basant sur les valeurs de HbA1c) un patient est pris en charge par un spécialiste versus un médecin généraliste. <p>L'idée est d'améliorer l'accès du patient à une plus grande palette de soins, y compris spécialisés</p> <p>A partir de quelles valeurs cette orientation est faite et par qui ces valeurs sont contrôlées ? (le répondant ne sait pas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une complémentarité entre médecins et infirmières - Il y a une relation forte entre IDE et patients, elles sont plus disponibles - Il est très réducteur de la réelle complexité de la prise en charge que de se baser sur le seul contrôle de chiffres (en réponse à l'évocation du modèle scandinave évoqué par le médecin diabétologue 1). - En général les médecins traitant font appel aux spécialistes au bon moment 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortes contraintes pour la facturation - Les infirmières en diabétologie sont beaucoup plus formées que les infirmières en CMS - Plan cantonal diabète s'oriente vers plus de contraintes pour les professionnels de la santé - Il y a un risque de juger négativement les médecins qui n'atteindraient par des valeurs cibles, alors qu'un phénomène d' (auto-)sélection de la clientèle peut expliquer parfois que certains médecins aient des patients avec de moins bonnes valeurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière va à domicile c'est important pour le suivi du traitement et cela permet de faire un « cross check » - Elle peut regarder les pieds du patient - Le patient est rassuré par le passage d'une infirmière - Nécessité de rembourser les spécialistes en activité physique adaptée (APA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières sont bien plus à même pour éduquer le patient et accompagner le traitement, elles ont plus de temps. - Il faudrait aussi accorder plus de considération aux actes des assistantes médicales qui déchargent les MT - Le diabète de type 1 chez un patient jeune devrait être suivi par un diabétologue - Le diabète de type 2 chez une personne âgée plutôt chez le MT - Il n'y a pas besoin de directives chiffrées pour la répartition des prises en charge entre MT versus diabétologues, car les MT connaissent leurs limites - Il est par contre vrai que dans de rares cas, certains MT font de la rétention de patients, d'où l'éventuelle utilité d'un contrôle extérieur. - Les podologues ne sont pas remboursés alors que les infirmières sont remboursées pour des soins pour le pied du diabétique <p>Recommandation de pratique clinique, Quelle est la place des RPC dans votre activité?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il y un risque de chasse aux « bon patients » si on impose des contraintes chiffrées (seuil de HbA1c par ex.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le rôle de l'infirmière n'est pas du tout reconnu par l'Etat. - Il est regrettable que les infirmières spécialisées (plaies ou diabétologie) ne puissent pas prescrire les dispositifs qu'elles maîtrisent et qu'elles jugent pertinents pour le patient ; ceux-ci devraient dans ce cas être remboursés par l'assurance de base. - Leur salaire est trop bas, et l'Etat devrait corriger cela

Enquête pratiques et collaborations interprofessionnelles pour la prise en charge du patient diabétique Focus group médecins diabétologues et médecins de premier recours – 9 septembre 2014						
Médecin diabétologue 1	Médecin diabétologue 2	Médecin diabétologue 3	Médecin premier recours 1	Médecin premier recours 2	Médecin premier recours 3	Médecin premier recours 4
Recommandation de pratique clinique, Quelle est la place des RPC dans votre activité						
<ul style="list-style-type: none"> - Il faut rendre les RPC accessibles aux patients - Les RPC devraient être connues de tous les professionnels de santé prenant en charge des patients diabétiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Les RPC du canton de VD sont la synthèse de RPC déjà existantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Les RPC sont un cahier des charges - Les MPR n'auraient pas participé à l'élaboration des RPC, ce qui pourrait expliquer qu'elles soient parfois mal perçues 	<ul style="list-style-type: none"> - Il serait intéressant de développer une formation d'un après-midi des médecins traitants pour informer sur le PCD et les RPC - Si les infirmières se voient confier le rôle de vérifier le suivi des RPC cela risque de nuire à la confiance du patient envers son médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Les RPC sont vastement ignorées, mal diffusées et mal connues. Elles donnent l'impression d'être très top-down. - Des workshops seraient plus efficaces pour transmettre ces connaissances ; elles devraient donc être diffusées avec un soin particulier auprès des formateurs (par ex. ceux qui conduisent des cercles de qualité) - Illustrer les RPC à partir d'une vignette clinique - Il y a un côté menaçant des RPC pour les praticiens (cf. notion de « référence opposable » en France) - Les infirmières sont habituées à travailler avec une hiérarchie, elles risqueraient de suivre trop au pied de la lettre les RPC si elles étaient investies de la responsabilité de vérifier leur application ; mais n'est pas opposé à les mettre à leur disposition pour information 	<ul style="list-style-type: none"> - Il faudrait des RPC différentes selon les professions - Il y a un effet de mode des RPC 	<ul style="list-style-type: none"> - Des RPC pour un patient de type I âgé de 18 ans sont tout à fait justifiées - Pour un patient de 80 ans avec des poly morbidités, il faut davantage évaluer les priorités, c'est le rôle du MT et du patient - Il serait logique qu'il y ait des RPC pour les infirmières en diabétologie - Les RPC devraient être davantage présentées de manière active, plutôt que distribuées.

12.4 Focus group infirmier(ère)s

Focus group infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie et infirmier(ère)s en soins généraux –10 septembre 2014					
Infirmier généraliste 1	Infirmière généraliste 2	Infirmier généraliste 3	Infirmière spécialiste 1	Infirmière spécialiste 2	Infirmière spécialiste 3
<ul style="list-style-type: none"> - Infirmier avec formation en psychiatrie au départ ; travaille en CMS - Patients diabétiques très présents dans son activité car patientèle âgée importante 	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière d'appoint <p>Il existe :</p> <p>Infirmière référente qui font des journées fixes (7h-17h), et qui ont la responsabilité de certains patients (60 à 70 pour un 60%) ; à côté de cela il y a une équipe d'appoint tous les soirs (17h-22h)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière de CMS peut déléguer une partie des soins aux ASSC (prises de sang, mais pas d'injections iv.) - Souhaiterait qu'il y ait un diabétologue de garde jusqu'à 22h pour couvrir la plage horaire des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Spécialisé en soins palliatifs <p>Travaille en depuis plusieurs années en CMS (Apromad). Pas de collaboration étroite avec une infirmière en diabéto. Il y a seulement une personne de référence en cas de besoin. Voit plutôt des patients avec diabète de type 2, ce qui n'est toutefois pas très fréquent ; prise en charge si le patient perd son autonomie et présente des troubles cognitifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Travaille avec 9 CMS et en tant qu'appoint pour un CMS. Travaille à 50%. Sont deux infirmières en diabétologie ; travaillent en première ligne ou en appui à la référente. Participe à la formation des équipes. Participe au programme Diafit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travaille pour 9 CMS (Fondation Soins Lausanne). Ne prends en charge que les soins spécifiques aux diabétiques. En première ligne et en seconde ligne sur demande de l'infirmière référente. C'est par contre toujours l'infirmière référente qui gère le dossier patient et signe la fiche OPALE. Suit surtout des diabètes de type 2. <p>Activité de formation et soutien aux équipes infirmières.</p> <p>Fonction du médecin de CMS peu claires, pas de relation directe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière clinicienne en diabétologie ; a travaillé 20 ans en CMS. - Travaille à l'hôpital (30%) et dans les soins ambulatoires - Téléphone portable professionnel et répond 7j/7 pendant la journée.
Collaboration interprofessionnelles : Quelles sont les principales motivations qui poussent les professionnels de santé à collaborer ensemble ?					
<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une infirmière spécialisée en diabéto. attribuée à son association, mais qui travaille à 20% alors qu'il y a 20 CMS ; ne l'a rencontrée que 2 fois en 2 ans - Les médecins ne sont pas toujours très compliants pour indiquer la marche à suivre, le plan de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les constantes et résultats biologiques sont notés dans le classeur du CMS, le patient devrait prendre avec lui ce classeur lorsqu'il va consulter un médecin. - Une collègue infirmière en diabéto. n'a jamais réussi à mettre en place son activité au sein de l'association, car elle avait un trop faible taux d'activité (10%). Elle a fini par rejoindre l'AVD. - Ce sont les directions des associations /fondations qui décident si la prise en 	<ul style="list-style-type: none"> - Les collaborations avec les infirmières en diabéto. sont très agréables, respect mutuel, volonté réciproque de collaborer. - Avec les autres (médecins), c'est plus compliqué, relation hiérarchique, ont du mal à entendre ce que les infirmiers ont à dire ; relations parfois stressantes. - Si des valeurs sortent de la norme, il faut pouvoir contacter le médecin ou avoir un plan de traitement clair. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières en diabéto. de l'association existent depuis 10 ans et sont donc bien connues. Elles se déplacent sur appel (de l'infirmière référente) ou selon ordonnance du médecin. Par ex. pour mise en place d'une insulinothérapie, éducation thérapeutique, etc. - Quatre réunions par an sont organisées avec 	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin convoque le patient (par ex. 1x /6 semaines) - L'infirmière référente coordonne tous les soins, fait le lien entre tous les professionnels de santé autour du patient et éventuellement l'intermédiaire entre les médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation = le patient - Les médecins ne jouent pas toujours le jeu de la transmission d'information. Ils n'ont pas souhaité avoir accès au dossier informatisé Diabaide, préférant une transmission par fax. - Dans 90% des cas les médecins sont contents que les infirmières fassent des propositions en lien avec le traitement.

Focus group infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie et infirmier(ère)s en soins généraux –10 septembre 2014					
Infirmier généraliste 1	Infirmière généraliste 2	Infirmier généraliste 3	Infirmière spécialiste 1	Infirmière spécialiste 2	Infirmière spécialiste 3
	charge du diabétique est prioritaire ou non et qui allouent les moyens en conséquence.	<ul style="list-style-type: none"> - Certains médecins n'ont pas toujours le réflexe de la collaboration. - Le médecin conseil du CMS peut parfois faire le relais avec des confrères peut collaborateurs. - L'infirmier a besoin d'avoir un ordre écrit de la part du médecin pour être « couvert » s'il pense nécessaire de modifier un traitement, ce qui est parfois difficile à obtenir sur le moment. 	<p>des médecins pour mieux organiser les soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participe au projet CapDiab, ce qui lui permet d'aller au cabinet pour voir avec le médecin tous les patients diabétiques 		<ul style="list-style-type: none"> - Cela se passe souvent moins bien lorsque les patients sont autonomes. Les médecins ressentent moins le besoin d'associer une infirmière à la prise en charge. - Très bonne collaboration entre paramédicaux, les freins ce sont plutôt les médecins qui peuvent se vexer si une infirmière prend une initiative, ou qui refusent/tardent à faire une ordonnance.
Outils de communication					
<ul style="list-style-type: none"> - N'a jamais vu de passeport diabète chez ses patients 		<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un classeur à domicile dans lequel le médecin peut trouver les informations de suivi et compléter selon ses souhaits. - Certains médecins ne regardent pas le classeur. - En cas d'hospitalisation ce classeur est apprécié. - Les changements de prescriptions se font par fax ou ordonnance laissée au domicile. Les médecins préviennent parfois, mais pas toujours. - Colloques hebdomadaires (équipes AVASAD) : présentation des nouvelles situations, gestion de crise, 	<ul style="list-style-type: none"> - Programme ATISI difficile à utiliser (Intranet de l'AVASAD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Passeport diabète pas adapté pour les patients et mal rempli par les médecins. - Dans sa région, le patient a un dossier CMS informatisé, disponible en interne mais auquel le médecin n'a pas accès. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le classeur CMS est très utile, tout comme le dossier patient informatisé, même si celui-ci n'est pas partagé par les médecins.

Focus group infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie et infirmier(ère)s en soins généraux –10 septembre 2014					
Infirmier généraliste 1	Infirmière généraliste 2	Infirmier généraliste 3	Infirmière spécialiste 1	Infirmière spécialiste 2	Infirmière spécialiste 3
Soins prodigués aux diabétiques : quelle répartition entre les différents professionnels de santé ?					
	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps les médecins ne donnent pas de fourchette pour le dosage de l'insuline en fonction des résultats de glycémie, ce qui limite l'autonomie de l'infirmière. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le rôle propre de l'infirmier est de collecter des informations et données sur le patient. Il existe un diagnostic infirmier en lien avec les besoins fondamentaux du patient, cette dimension du travail infirmier est peu connue des médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il est important que les infirmières en diabéto. soient sollicitées et quelle interviennent régulièrement pour ne pas perdre pas leurs compétences (masse critique). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans sa région, le mode d'appel pour une infirmière en diabéto. est standardisé : si demande du MT, doit toujours passer en premier par le CMS et l'infirmière référente. - Sont souvent interpellées lors de situations urgentes (dégradées). - Le responsable des prestations de sa région fait connaître l'offre (soins infirmiers en diabéto) aux CMS et aux médecins. Participe sur mandat de l'AVASAD à un groupe de travail cantonal pour définir une procédure d'appel : quand appeler l'infirmière en diabéto., quand appeler le médecin de garde. - Ont une marge de manœuvre pour moduler le dosage de l'insuline +/- 2UI (basé sur la confiance du médecin) - Font aussi le dépistage de neuropathies. - Peuvent recommander des soins de podologie, mais coûts souvent non remboursés ; les assistantes sociales peuvent aider à trouver des fonds. - Pro Senectute rembourse 90% des frais. - Rôle propre : Evaluation de l'état de santé, questionner, rendre compte, éduquer, accompagner, aider à l'autonomie du patient. - Objectif : avoir un diabète équilibré. - Proposer un matériel adapté au patient. - Dans sa région, tout nouveau patient diabétique lui est adressé automatiquement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières en diabéto. ont un rôle propre un peu différent en lien avec les pathologies et le suivi du patient diabétique. - Rôle d'évaluation des besoins et habitudes du patient (fatigue, rythme de vie à corrélér avec son traitement). - Si l'infirmière en diabéto. argumente bien ses propositions de traitement auprès du médecin cela se passe bien.

Focus group infirmier(ère)s spécialisé(e)s en diabétologie et infirmier(ère)s en soins généraux –10 septembre 2014					
Infirmier généraliste 1	Infirmière généraliste 2	Infirmier généraliste 3	Infirmière spécialiste 1	Infirmière spécialiste 2	Infirmière spécialiste 3
Recommandation de pratique clinique, Quelle des RPC dans votre activité ?					
		<ul style="list-style-type: none"> - Très utile de pouvoir s'appuyer sur des RPC = concret. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connait les RPC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connait les RPC. - 75% des patients ne sont pas suivis correctement, cela pose la question de la diffusion des RPC ; a l'impression que cette diffusion s'est un peu arrêtée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connait les RPC. - Cite le site Recodiab et les recommandations spécifiques aux personnes âgées, comme étant des recommandations très utiles. - Les médecins de premier recours devraient mieux les connaître. - Il existe encore une grande marge de progrès dans la collaboration entre les médecins et les infirmières. - Chaque patient diabétique devrait voir au moins une infirmière en diabéto. et une diététicienne

