



**EDUCation thérapeutique et préventive face au Diabète et à l'Obésité à Risque chez l'Adulte et l'Adolescent**

Axe 2 : Etude des représentations des patients, des soignants, des familles

# Les besoins en formation en éducation thérapeutique du patient, vus par les soignants de Wallonie, Lorraine et Grand-duché de Luxembourg

---

*Rapport d'étude*

**Juin 2012**

**Ketterer F, Vanmeerbeek M, Duchesnes C, Froidcoeur X, Massart V.**

## Sommaire

Introduction.....	4
Méthodologie.....	5
Résultats.....	9
Nombre de participants des groupes nominaux.....	9
Constitution des catégories d'analyse.....	9
Analyse qualitative des propositions en fonction des catégories sémantiques dégagées.....	9
1. Connaître le patient (apprendre à approcher sa psychologie).....	11
2. Travailler avec le patient.....	14
3. Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire.....	18
4. Aspects réglementaires et organisationnels.....	20
5. Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux).....	21
6. Intervention au niveau sociétal.....	22
Synthèse des indices de priorité et de popularité pour groupe professionnel et par région.....	22
Médecins généralistes.....	27
Infirmières.....	27
Diététiciennes.....	27
Endocrinologues.....	27
Discussion.....	28
Conclusion.....	29
Annexe : Ensemble des propositions des différents groupes nominaux, classées en fonction de la grille d'analyse.....	30
1. Connaître le patient (Apprendre à approcher la psychologie des patients).....	30
1.1 Favoriser et tenir compte de la parole du patient.....	30
1.2 S'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème.....	31
1.3 Eléments théoriques de psychologie.....	32
1.4 « Faire avec » le contexte de vie, les habitudes culturelles du patient.....	32
1.4.1 Savoir situer le mode et le contexte de vie.....	32
1.4.2 Apprivoiser les différences culturelles.....	33
2. Travailler avec le patient.....	34

2.1 Evaluer et développer/maintenir la motivation.....	34
2.2 Techniques et connaissances à acquérir par le professionnel .....	36
2.3 Outils pour le patient.....	37
2.4 Travail avec des groupes de patients .....	37
2.5 Evaluer le processus et les résultats de l’ETP .....	38
2.6 Aspects non médicamenteux de la prise en charge.....	39
2.6.1 Cuisine/diététique .....	39
2.6.2 Activité physique .....	39
2.7 Développement personnel du professionnel.....	39
3. Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire .....	40
3.1 Améliorer la communication.....	40
3.2 Davantage coordonner les interventions/prise en charge multidisciplinaires .....	40
3.3 Formations multidisciplinaires .....	42
4. Aspects réglementaires et organisationnels .....	42
5. Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux) .....	43
5.1 Sur les traitements .....	43
5.2 Sur les mesures biologiques .....	43
5.3 Formation théorique .....	43
6. Intervention au niveau sociétal.....	44
6.1 Lutter contre les publicités.....	44
6.2 Informer le grand public.....	44
Bibliographie.....	45

## Introduction

Dans le cadre du projet Edudora<sup>2</sup>, l'axe 2 du programme comprend l'objectif d'analyser les besoins des soignants en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Le but de cette investigation, *in fine*, est de construire un référentiel de formation qui tienne compte des besoins exprimés par les acteurs de terrain. L'étude des besoins en formation sera modulée par la compilation des résultats de l'axe 1 (pratiques et formations actuelles) et des autres composantes de l'axe 2 (représentations des patients, des soignants, des familles) Le programme de formation destiné aux professionnels est compris dans l'axe 3 du projet.

En vue de mener à bien ce versant-ci de l'étude, plusieurs réunions ont eu lieu entre les équipes de recherche des trois régions concernées par le projet (Lorraine, Grand Duché du Luxembourg et Wallonie). Ces réunions visaient à déployer une méthodologie de recherche semblable, voire à proposer un même référentiel de formation si les besoins exprimés par les différents interlocuteurs convergeaient. Le travail d'investigation, ainsi que la rédaction du rapport ont eu lieu à la fin de l'année 2011, jusqu'en juin 2012. Si chaque équipe effectuait elle-même le travail de terrain, le travail de synthèse et d'analyse a ensuite été accompli par le Département de médecine générale de l'Université de Liège, qui a également rédigé le rapport.

## Méthodologie

En vue de mener à bien le travail demandé, la méthode de recueil des données validée par l'ensemble des partenaires a été celle des groupes nominaux. La technique du groupe nominal sert à la fois à produire de la connaissance (mode exploratoire) et à formaliser un consensus (mode décisionnel). Elle a été introduite dans le champ de la santé publique au début des années 70 par Delbecq et Van de Ven comme un processus pilote destiné à préparer des enquêtes plus traditionnelles à partir de questionnaires ou d'entretiens [1-3]. Dans cette étude, elle a été utilisée dans le mode exploratoire.

Un groupe nominal comprend de six à dix participants, impliqués dans la thématique étudiée en raison de leur expérience de la situation investiguée. Dans le cas qui nous intéresse, cette implication était synonyme d'expérience clinique avec les patients obèses et/ou diabétiques.

Le déroulement d'un groupe nominal se fait en plusieurs étapes :

- Après une brève présentation du contexte de l'étude, l'animateur énonce la question ;
- Chaque participant note par écrit et de manière individuelle l'ensemble des propositions qu'il émet en regard de la question ;
- L'animateur procède à des tours de table itératifs en vue de récolter l'ensemble des propositions émises, chaque participant ne formulant qu'une seule proposition à la fois ;
- Tout en s'assurant que deux propositions ne soient pas identiques, l'animateur note simultanément, sur un support visible de tous, les propositions en question ;
- Suit une phase dite « d'éclaircissement », durant laquelle l'animateur s'assure que chaque proposition ne contient qu'une seule idée, avec un contenu univoque, semblable pour tous les participants. Durant cette phase, il regroupe les propositions similaires, et reformule, avec l'aide du groupe, les propositions paraissant confuses ;
- Vient ensuite l'étape des votes. Chaque participant vote par écrit et de manière anonyme pour cinq des propositions affichées. Il dispose pour cela de cinq votes : l'un à 5 points (proposition prioritaire), un à 4 points, un à 3 points, etc., jusqu'à un point (proposition la moins prioritaire). Chaque participant détient ainsi cinq votes, soit un ensemble de 15 points.
- Le groupe nominal s'achève par la compilation des résultats, où l'animateur synthétise tous les points et votes attribués à chaque proposition, et restitue l'ensemble aux participants.

L'un des attraits de la méthode du groupe nominal est qu'elle permet d'obtenir, pour un groupe considéré, une vue des propositions qui paraissent importantes, prioritaires, mais aussi les propositions qui, sans être considérées comme prioritaires, recueillent néanmoins de nombreux suffrages. Cette méthode permet ainsi de dégager les axes principaux exprimés par un groupe en regard de la question posée. La méthode paraissait ainsi particulièrement adaptée à cette phase de l'étude Edudora<sup>2</sup>.

Le matériel recueilli est analysable de façon qualitative et semi-quantitative ; il permet d’approcher finement ce qui est important pour chaque groupe professionnel, tout en permettant les comparaisons interprofessionnelles.

Un souci a été exprimé pour avoir une question commune aux trois régions impliquées, vis-à-vis de laquelle les professionnels autochtones devaient se situer. La méthodologie semblable devait également permettre de faciliter l’analyse et de mieux faire ressortir les grandes tendances. La question retenue l’a été à la suite de plusieurs phases de pré-test effectuées dans les trois régions concernées et auprès de différentes catégories professionnelles. La version définitive est la suivante :

***Comment pourriez-vous améliorer votre approche des patients diabétiques (/obèses) pour tenir compte de leur diversité et les aider à intégrer de façon durable les adaptations nécessaires dans leurs habitudes de vie et leur(s) mode(s) de vie ?***

***Si une formation vous était offerte, quelles compétences souhaiteriez-vous développer ou acquérir pour y contribuer ?***

***Sont exclus de la question, les problèmes matériels : temps disponible, locaux, financement.***

Selon les groupes interrogés, la question portait soit spécifiquement sur les patients obèses soit sur les diabétiques, mais jamais sur les deux types de patients simultanément. Une attention particulière a aussi été portée en vue d’obtenir des proportions à peu près équivalentes de groupes nominaux concernant les deux thématiques considérées.

De plus, les professionnels à interroger ont, eux aussi, fait l’objet de discussions entre les équipes de recherche des trois régions, afin de tenter de couvrir les champs principaux de professionnels concernés par la prise en charge des patients diabétiques ou obèses. Les groupes constitués étaient monodisciplinaires, pour favoriser l’émergence de préoccupations communes. La répartition entre professionnels devait, en principe, se faire comme suit :

**Tableau 1 : Répartition (théorique) des groupes nominaux par région**

<b>Wallonie</b>	<b>Luxembourg</b>	<b>Lorraine</b>
1 ou 2 groupes de diététiciens	1 groupe de diététiciens	2 groupes de diététiciens
1 ou 2 groupes d’infirmières	1 groupe d’infirmières	2 groupes d’infirmières
2 groupes de médecins généralistes	1 groupe de médecins spécialistes et généralistes	2 groupes de médecins généralistes
2 groupes de médecins spécialistes	1 groupe de psychologues hospitaliers	2 groupes de médecins spécialistes
		2 groupes de psychologues hospitaliers

Toutefois, en raison de difficultés de recrutement inhérentes à toute recherche et d'adaptations non concertées entre les équipes de recherche, les groupes nominaux réalisés se sont finalement répartis comme suit :

**Tableau 1 : Répartition (réelle) des groupes nominaux par région**

<b>Wallonie</b>	<b>Luxembourg</b>	<b>Lorraine</b>
1 groupe de diététiciens	1 groupe de diététiciens	1 groupe de diététiciens
2 groupes d'infirmières	1 groupe d'infirmières	1 groupe d'infirmières
2 groupes de médecins généralistes		3 groupes de médecins généralistes
2 groupes de médecins spécialistes endocrinologues		3 groupes pluridisciplinaires (diététiciens, infirmiers, pharmaciens, médecins)

De plus, un aménagement a dû être réalisé dans la technique du groupe nominal pour un des groupes de médecins spécialistes wallons ; les étapes d'émission des propositions et de vote ont été effectuées en ligne, en respectant *mutatis mutandis* les mêmes consignes. L'étape de clarification et de reformulation a été le fait des chercheurs entre les deux tours que les participants ont effectués sur le site Internet. Cet aménagement a été réalisé en vue de dépasser l'incapacité manifeste à réunir physiquement les participants en question. Ce changement de méthodologie comprend l'inconvénient de ne pouvoir bénéficier du phénomène de groupe lors de la phase de clarification, puisque les participants ne se rencontrent pas. Ceci a pu appauvrir quelque peu le matériel récolté, mais en aucun cas l'invalidier.

Le recrutement des participants en Wallonie n'a concerné que les provinces de Liège et du Luxembourg belge.

Une fois l'ensemble des propositions récoltées et sanctionnées par des votes, l'analyse a été réalisée par deux chercheurs de manière indépendante (MV et FK). Les conflits d'interprétation ont été résolus par consensus et avec le concours d'un troisième chercheur (CD).

Les propositions émises par les participants des trois régions ont été réparties dans des catégories et sous-catégories, qui correspondaient aux thématiques plus larges dans lesquelles s'inscrivaient les propositions en question. Ce traitement permettait de réduire le niveau d'information, facilitant son exploitation et son interprétation.

Les indices de priorité et de popularité ont également été calculés, pour chaque groupe d'abord, puis pour chaque thématique ensuite. Le poids relatif lié à la taille des groupes, exprimé en pourcentage, a été calculé pour chaque groupe en fonction du nombre de participants (n), et partant du nombre maximum de points attribuables (n x 15) et de votes exprimables (n x 5).

L'indice de priorité correspond au nombre de points attribués à chaque proposition ; il s'obtient en divisant le nombre points obtenu par une proposition par l'ensemble des points attribués par le groupe à l'ensemble des propositions.

Quant à l'indice de popularité, il se calcule en prenant le nombre de votes alloués à chaque proposition, divisé ensuite par le nombre total de votes à exprimer dans le groupe.

Il est logique que dans la plupart des cas les indices de priorité et de popularité soient de même importance pour une catégorie de propositions. Dans ce cas, l'analyse n'en fait pas mention. Dans le cas de discordance entre les deux indices, le rapport le mentionne et la signification de cette particularité est discutée.

Concernant cette étape, il est à souligner une divergence dans le *modus operandi* de la part de l'équipe lorraine, qui a procédé à des regroupements de propositions dans chaque groupe, avant de voter sur ces conglomérats de propositions.



## Résultats

### ***Nombre de participants des groupes nominaux+3***

Les groupes de professionnels interrogés sont de taille variable, aussi bien entre groupes professionnels qu'entre régions. Leur répartition exacte se décompose comme suit :

Tableau 3 : Nombre de professionnels interrogés par groupe nominal et par région

Wallonie	Luxembourg	Lorraine
7 diététiciennes	5 diététiciens	6 diététiciens
5 + 3 infirmières (2 groupes)	12 infirmières	10 infirmières
11 + 15 médecins généralistes (2 groupes)		9 + 10 + 12 médecins généralistes (3 groupes)
4 + 4 médecins spécialistes (2 groupes)		<i>3 groupes pluridisciplinaires : diététiciens, infirmiers, surveillantes, kinésithérapeute, pharmaciens, médecins</i>

De façon à permettre l'analyse des résultats par groupe professionnel, il n'a pas été tenu compte dans ce rapport des 3 groupes pluridisciplinaires lorrains.

### ***Constitution des catégories d'analyse***

La grille de classement de l'ensemble des propositions des trois régions comprend six grandes catégories issues de l'analyse inductive des données, qui correspondent aux thématiques principales ressortant de la classification. Elles ont permis de classer l'ensemble des propositions récoltées, indépendamment du groupe professionnel ou de la région. Ces six catégories sont les suivantes :

- Connaître le patient (apprendre à approcher sa psychologie)
- Travailler avec le patient
- Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire
- Aspects réglementaires et organisationnels
- Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux)
- Intervention au niveau sociétal

### ***Analyse qualitative des propositions en fonction des catégories sémantiques dégagées***

Ce chapitre donne la répartition des indices de priorité et de popularité dans ces grandes catégories – en les spécifiant simultanément par groupe professionnel et par région –, ainsi qu'une

analyse de contenu permettant de voir plus en détails quels sont les éléments compris à l'intérieur, les sous-catégories dans lesquelles ont été classées concrètement les propositions émises lors des groupes nominaux. L'intégralité des propositions est par ailleurs reprise en annexe.

Au total, l'avis de 112 professionnels de santé a été pris en compte. Ensemble, ils ont produit 256 propositions. Toutes n'ont cependant pas recueilli de vote.

**Tableau 2 : Nombre de propositions émises par thèmes et sous-thèmes**

Thèmes	Sous-thèmes	Nombre de propositions		Priorité
<b>Connaître le patient (apprendre à approcher sa psychologie)</b>	Favoriser et tenir compte de la parole du patient	12	4,69%	7,26%
	S'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème	23	8,99%	11,49%
	Eléments théoriques de psychologie	10	3,9%	4,17%
	« Faire avec » le contexte de vie, les habitudes culturelles du patient	25	9,77%	8,33%
	<b>Sous-total :</b>	<b>70</b>	<b>27,35%</b>	<b>31,25%</b>
<b>Travailler avec le patient</b>	Evaluer et développer/maintenir la motivation	35	13,67%	16,43%
	Techniques et connaissances à acquérir pour le professionnel	16	6,25%	4,7%
	Outils pour le patient	9	3,51%	3,93%
	Travail avec des groupes de patients	13	5,08%	3,8%
	Evaluer le processus et les résultats de l'ETP	5	1,95%	0,48%
	Aspects non médicamenteux de la prise en charge	22	8,59%	9,76%
	Développement personnel du professionnel	8	3,13%	0,59%
	<b>Sous-total :</b>	<b>108</b>	<b>42,18%</b>	<b>39,69%</b>
<b>Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire</b>	Améliorer la communication	10	3,9%	1,19%
	Davantage coordonner les interventions/prise en charge multidisciplinaire	25	9,77%	12,14%
	Formations multidisciplinaires	6	2,34%	1,85%
	<b>Sous-total :</b>	<b>41</b>	<b>16,01%</b>	<b>15,18%</b>
<b>Aspects réglementaires et organisationnels</b>		<b>12</b>	<b>4,68%</b>	<b>5,65%</b>
<b>Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux)</b>		<b>17</b>	<b>6,64%</b>	<b>7,20%</b>
<b>Intervention au niveau sociétal</b>		<b>8</b>	<b>3,13%</b>	<b>0,71%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>256</b>		

Dans les tableaux qui suivent, la présentation permet d’avoir une appréciation visuelle rapide des indices de priorité et de popularité en suivant les codes suivants dans les cellules des tableaux :

Tableau 3 : Codes couleurs et bordures

<b>Indice de priorité</b>	x	0-5 %		<b>Indice de popularité</b>
	x	5-10 %		
	x	10-15 %		
	<b>x</b>	15-20 %		
	<b>x</b>	20 % et +		

Les chiffres indiqués dans les tableaux sont les indices de priorité, soulignés par la gradation des couleurs. Dans un souci de lisibilité, les indices de popularité ne sont pas chiffrés, et ne sont représentés que par l’épaisseur du cadre de la cellule. Les valeurs précises peuvent toutefois être consultées en annexe.

Les commentaires portent principalement sur l’indice de priorité. L’indice de popularité n’est mentionné qu’en cas de discordance avec l’indice de priorité.

## 1. Connaître le patient (apprendre à approcher sa psychologie)

Dans cette première grande catégorie, qui regroupe près du tiers des votes, se trouve un ensemble de propositions ayant en commun de se centrer sur le patient même, d’admettre son idiosyncrasie comme point de départ de l’interaction thérapeutique.

### 1.1 Favoriser et tenir compte de la parole du patient

12 propositions, 7,26% des votes

Les items compris dans cette sous-catégorie renvoient principalement au fait de ne pas être trop directif ou dans l’injonction face au patient, mais au contraire de lui laisser trouver sa place au sein de l’interaction thérapeutique. En conséquence, il s’agit de le laisser s’exprimer, de lui permettre de faire part de ce qu’il ressent, en ayant, pour le praticien, les compétences *ad hoc*. Cette attitude avenante du praticien apparaît alors comme un préalable à une relation thérapeutique réussie.

Les propositions abondant dans ce sens se retrouvent particulièrement exprimées chez les infirmières, et particulièrement chez celles localisées en Lorraine ou au Luxembourg, qui sont celles ayant le plus fort indice de priorité concernant ces propositions.

Tableau 4 : Favoriser et tenir compte de la parole du patient

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	2,8%	4,1%	0,0%	<b>24,7%</b>	<b>18,3%</b>	<b>16,2%</b>	2,2%	4,0%	0,0%
<b>Indices / catégorie professionnelle</b>	3,5%		<b>11,3%</b>			8,1%			0,0%

Ainsi, environ un quart des points accordés par les infirmières françaises (24,7%) sont attribués à la sous-catégorie « favoriser et tenir compte de la parole du patient », qui concerne également 18,3% des points des infirmières du Luxembourg. Cela est d'autant plus notable que, dans le même temps, aucune infirmière belge n'a accordé de points à cette sous-catégorie.

Dans le même temps, on se rend compte que 16,2% des points attribués par les diététiciennes belges abondent dans le même sens.

## 1.2 S'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème

23 propositions, 11,49% des votes.

Dans cette catégorie, par « représentation sociale », il faut entendre la manière dont les individus nomment et définissent les différents aspects de la réalité quotidienne, la manière dont ils les interprètent. En ce sens, ces représentations sociales apparaissent comme des « guides pour l'action » [4].

Dans cette sous-catégorie de l'analyse, il est plus particulièrement question, pour le praticien, d'investiguer la manière dont le patient perçoit sa maladie (dans le cas du diabète) ou son état de santé. Le terme « comprendre » revient ainsi de manière itérative, il apparaît comme l'un des maîtres-mots de cette partie. Mais l'acceptation de son état de santé, de la gravité de son état, revient aussi souvent dans les propositions, soulignant la complexité à faire concorder conception médicale (du médecin) et appréhension physique et mentale (du patient) dans un même cadre sémantique. Le rapport du patient à la nourriture, de l'apport de cette dernière dans le vécu individuel, est un autre élément avancé.

Globalement, cet aspect apparaît prégnant dans le cas des médecins généralistes, qui l'évoquent avec le plus d'ardeur, soulignant l'acuité de ce point dans leur pratique – et ce aussi bien dans le cas des généralistes belges que français, avec une proportion de points équivalente dans les deux pays considérés. Néanmoins, exception faite des diététiciennes, les autres catégories professionnelles évoquent également cet aspect ; plus particulièrement, ce sont les infirmières françaises qui amènent cet élément avec le plus d'insistance (environ un quart des points attribués par ce sous-groupe sont classés dans cet ensemble).

Tableau 5 : S'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	15,1%	16,6%	5,0%	24,7%	0,6%	0,0%	0,0%	5,3%	8,6%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	15,9%		9,6%			1,5%			8,6%

## 1.3 Eléments théoriques de psychologie

10 propositions, 4,17% des votes

Dans cette partie ne comprenant qu'un faible nombre de propositions, se retrouvent des éléments divers. Il y est majoritairement question d'avoir des « outils psy » pour mieux appréhender les patients, apprendre à gérer les émotions de ces derniers ou avoir des éléments permettant de les persuader plus aisément. Toutefois, l'absence de précisions quant à la nature des outils ou formations en question semble indiquer principalement une difficulté à affronter certaines catégories de patients, ainsi que de possibles difficultés psychologiques, puisque les thérapies cognitivo-comportementales sont également évoquées de manière éparse.

Si, majoritairement, aucune catégorie professionnelle, toutes régions confondues, n'a réellement plébiscité ces aspects, la Wallonie se distingue, puisque les infirmières et les diététiciennes de cette région évoquent plus particulièrement cet aspect (12,5% et 12,4%).

Tableau 6 : Eléments théoriques de psychologie

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	1,8%	4,5%	12,5%	0,0%	5,0%	12,4%	0,0%	0,0%	4,8%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	3,3%		5,2%			4,8%			4,8%

## 1.4 « Faire avec » le contexte de vie, les habitudes culturelles du patient

25 propositions, 8,33% des votes

### 1.4.1 Savoir situer le mode et le contexte de vie

Ici, il est principalement question de l'ancrage du patient dans son environnement social, qui est vu comme un déterminant de son comportement individuel. L'environnement social est considéré au sens large, comprenant aussi bien la structure familiale que le milieu socio-économique. Cet environnement doit ainsi être pris en compte par le praticien, en vue de mieux cerner la problématique individuelle, et savoir s'y adapter le cas échéant. Il est aussi perçu comme le terreau des habitudes acquises et reproduites, notamment à l'âge adulte.

### 1.4.2 Apprivoiser les différences culturelles

Cette catégorie constitue quelque peu le pendant de la précédente, mais davantage sur son versant culturel, avec la mise en exergue de l'altérité comme facteur complexifiant la prise en charge et le suivi des patients. Plus particulièrement, c'est la religion musulmane qui concerne l'essentiel des propositions, perçue comme une forme d'altérité dont la méconnaissance rend complexe d'autant la mise en place d'un suivi personnalisé et adapté, renvoyant bien aux différences culturelles qui s'expriment avec des praticiens majoritairement occidentaux et extérieurs à la problématique évoquée. Mais le problème de la langue est aussi évoqué, dans le cas de patients ne maîtrisant pas la même langue que le praticien – conduisant aussi certaines propositions à promouvoir l'idée de disposer des mêmes documents dans différentes langues.

En comptant simultanément les deux sous-catégories, assez proches quant à leur eidétique, cet aspect est sanctionné par des votes dans tous les groupes professionnels, dans des proportions assez proches d'ailleurs, à l'exception des diététiciennes belges et luxembourgeoises ; chez les diététiciennes françaises, la proposition est sensiblement plus populaire (16,7 %) que prioritaire (7,8 %). Dans les trois autres groupes, la proportion de votes alloués à cette catégorie varie faiblement, entre 9% (médecins généralistes et infirmières) et 10,5% (endocrinologues). Ce sont les infirmières luxembourgeoises qui plébiscitent le plus cet aspect, avec 15,6% de l'ensemble des points.

Tableau 7 : « Faire avec » le contexte de vie, les habitudes culturelles du patient

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	8,5%	9,0%	9,2%	2,0%	15,6%	4,8%	7,8%	0,0%	10,5%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	8,8%		9,1%			4,4%			10,5%

## 2. Travailler avec le patient

Dans cette deuxième grande catégorie, de loin la mieux représentée dans les votes avec près de 40%, les sous-thèmes et les propositions correspondantes expriment en substrat la manière d'améliorer la qualité de la relation thérapeutique, de parfaire le partenariat entre praticien et patient, en disposant d'outils et de techniques permettant de répondre aux attentes du patient, de savoir comment le conseiller et favoriser le suivi des recommandations dans la prise en charge.

### 2.1 Evaluer et développer/maintenir la motivation

35 propositions, 16,43% des votes

Cette catégorie comprend une très forte proportion de propositions ayant trait explicitement à la motivation du patient : concernant l'établissement de celle-ci, son évaluation, mais également quant à la manière de l'entretenir au long cours, afin de lutter contre le découragement. Il est ainsi question d'un suivi personnalisé, évoluant au diapason du rythme du patient, tout en réussissant à entretenir l'envie de changement ou le maintien des moyens mis en œuvre pour agir sur l'état de santé. Les idées de « projet de soins », de maîtrise de la technique de « l'entretien motivationnel » reviennent également périodiquement dans cette catégorie. Dans le même ordre d'idée, promouvoir une approche positive du patient, sans recours à la menace ou autre moyen de pression est aussi promue comme manière positive d'agir sur la motivation, de même que l'information éclairée du patient comme préalable à la collaboration entre praticien et patient.

Cette catégorie est celle qui fait le plus consensus entre tous les groupes professionnels, avec un nombre de votes important attribués par l'ensemble des participants. Dans les quatre groupes professionnels plus de 10% des points ont été alloués à cette catégorie – 10,5% pour les endocrinologues, et jusque 18,7% chez les médecins généralistes.

La proportion de votes dépasse même les 20% chez les médecins généralistes français, les diététiciennes françaises et luxembourgeoises. Néanmoins, hormis le cas des médecins généralistes, la Belgique se distingue par une plus faible proportion de points attribués à cette catégorie.

Tableau 8 : Evaluer et développer/maintenir la motivation

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	16,4%	20,6%	5,8%	17,3%	16,6%	0,0%	23,3%	28,0%	10,5%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	18,7%		13,7%			15,6%			10,5%

## 2.2 Techniques et connaissances à acquérir par le professionnel

16 propositions, 4,7% des votes

Cette catégorie apparaît comme le chantre des techniques pédagogiques que les praticiens pourraient employer et mettre en place afin de s'assurer d'une meilleure compliance du patient, d'une adhésion plus importante aux préceptes et moyens promus en vue de gérer son poids ou son diabète. S'il est question de moyens pédagogiques à mettre en place, l'absence de précision quant à leur nature ou leur contenu indique une difficulté principalement à faire « passer le message », à trouver les arguments aptes à entraîner l'adhésion du patient.

Les diététiciennes sont la principale catégorie professionnelle à avoir attribué des points à cette catégorie, avec une moyenne, toutes régions confondues, de 12,6% de points attribués. Mais cette moyenne cache de fortes disparités interrégionales, puisque les diététiciennes du Luxembourg ont clairement plébiscité cet aspect, en y adjoignant 28% de l'ensemble des points à disposition.

Tableau 9 : Techniques et connaissances à acquérir par le professionnel

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	0,0%	7,5%	0,0%	3,3%	1,7%	7,6%	5,6%	28,0%	1,9%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	2,1%		1,7%			12,6%			1,9%

## 2.3 Outils pour le patient

9 propositions, 3,93% des votes

Si cette catégorie comprend, à l'instar de la précédente, un nombre conséquent de propositions relatives à l'aspect pédagogique, elle se distingue en évoquant plus spécifiquement la possibilité de disposer d'outils et de supports à pourvoir au patient. Ces moyens apparaissent alors comme une forme de prolongement de l'action du praticien, un complément apporté en vue de

maximiser les chances de susciter l'adhésion du patient à sa prise en charge, avec des moyens qui lui seraient adaptés – soit en laissant cet outil à disposition du patient soit en l'employant dans le cadre de la consultation. Les propositions formulées insistent aussi sur la simplicité de ces outils, en vue de pouvoir les employer avec la majeure partie des patients. Quant à la forme de ces outils, elle n'est pas clairement définie : d'aucuns évoquent des visuels (images), alors que d'autres privilégient plutôt des supports électroniques du type DVD.

Cette catégorie ne remporte pas énormément de suffrages de la part des professionnels considérés. Notamment, elle n'a été évoquée par aucun groupe d'infirmières. Ce sont plutôt des particularismes locaux et régionaux qui ressortent, puisque les diététiciennes du Luxembourg et les médecins généralistes français l'évoquent plus particulièrement en y attribuant, dans les deux cas, environ 9% des points à leur disposition.

Tableau 10 : Outils pour le patient

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	1,3%	9,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	4,4%	9,3%	3,8%
<b>Indices / catégorie professionnelle</b>	5,6%		0,0%			5,2%			3,8%

## 2.4 Travail avec des groupes de patients

13 propositions, 3,8% des votes

Plusieurs propositions avaient trait également à la constitution de groupes de patients, perçus comme une ressource complémentaire pour permettre de délier la parole et le partage d'expériences. Il était ainsi question de savoir mener de tels groupes, d'être en capacité de les animer. Mais connaître l'existence de ces groupes afin de pouvoir orienter ses patients vers ceux-là était aussi avancé comme une ressource que le praticien pourrait avoir à disposition.

Si les diététiciennes constituaient globalement le groupe professionnel où ces propositions obtenaient le plus de points (6,7% pour celles de Belgique et celles du Luxembourg), c'est surtout chez les médecins généralistes français que cette idée était avancée avec le plus de conviction, comprenant 9,5% de l'ensemble des points de ce groupe professionnel particulier.

Tableau 11 : Travail avec des groupes de patients

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	0,0%	9,5%	0,0%	1,3%	1,1%	6,7%	0,0%	6,7%	3,8%
<b>Indices / catégorie professionnelle</b>	5,1%		0,9%			4,4%			3,8%



## 2.5 Evaluer le processus et les résultats de l'ETP

5 propositions, 0,48% des votes

Quelques propositions concernaient plus particulièrement les moyens d'évaluer l'action du praticien, son efficacité dans la prise en charge du patient. Ces propositions restent assez rares, mais témoignent de la nécessité d'une analyse critique quant à la capacité des soignants à adopter des stratégies faisant montre d'une certaine efficacité dans la prise en charge de leurs patients.

Ce sont les diététiciennes chez qui l'on retrouve le plus ce genre de propositions, même si cela reste néanmoins contenu dans de faibles proportions (1% en Belgique et 4% au Luxembourg).

Tableau 12 : Evaluer le processus et les résultats de l'ETP

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	4,0%	0,0%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	0,5%		0,0%			1,5%			0,0%

## 2.6 Aspects non médicamenteux de la prise en charge

22 propositions, 9,76% des votes

### 2.6.1 Cuisine/diététique

La diététique et la manière de cuisiner ont logiquement (au vu de la thématique) été abordées par les enquêtés. Les propositions abondant dans ce sens évoquent alors la nécessité d'avoir des ateliers pratiques de cuisine, de posséder des connaissances sur la diététique afin de savoir mieux conseiller les patients, de trouver le régime alimentaire à même de permettre au patient d'atteindre les objectifs fixés. La question des calories, des aliments conseillés, etc., apparaît ainsi comme un domaine à maîtriser pour être efficace dans le suivi des patients obèses et/ou diabétiques. Le caractère pratique, concret, de ces aspects est aussi souligné, en vue de maximiser les chances d'être compris et intégré par les différents patients.

### 2.6.2 Activité physique

Corollairement à la question de la diététique, l'exercice physique est aussi avancé comme solution possible pour améliorer la prise en charge des patients. Il est alors fait mention des meilleurs moyens de valoriser l'activité physique, de faciliter leur pratique par les patients tout en sachant les conseiller efficacement et de manière personnalisée sur ce point.

En cumulant cuisine et activité physique, il apparaît que les médecins généralistes sont le groupe professionnel qui attribue le plus de points à ces aspects, même si de fortes disparités existent entre les régions : seuls 3,9% des points de ceux venant de France concernent cet aspect, alors que le score atteint 31,3% chez ceux de Belgique. Les médecins spécialistes attribuent aussi 10,5% de leurs points à cet aspect, suivis par les diététiciennes (5,9%, avec des écarts entre régions).

En revanche, il convient aussi de noter qu'aucune infirmière dans les trois régions considérées n'a considéré cet aspect comme nécessaire à la prise en charge des patients (0% dans les trois régions).

Tableau 13 : Aspects non médicamenteux de la prise en charge

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	31,3%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	10,0%	5,3%	10,5%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	16,4%		0,0%			5,9%			10,5%

## 2.7 Développement personnel du professionnel

8 propositions, 0,59% des votes

Dans cette catégorie, se trouvent les énoncés concernant la manière pour les soignants de faire face aux échecs de la relation thérapeutique, de conserver sa motivation face aux échecs, d'être en mesure de se préserver et de conserver une attitude positive dans la relation thérapeutique.

Ce sont les endocrinologues belges qui ont le plus donné de points à ce type de propositions, avec environ 4% de leurs points allant dans ce sens. En revanche, chez les infirmières belges, la popularité est de 7,5% alors que la priorité n'est que de 2,5%.

Tableau 14 : Développement personnel du professionnel

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	1,1%	1,0%	0,0%	0,0%	3,8%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	0,0%		1,1%			0,4%			3,8%

## 3. Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire

Parallèlement à la place du patient et à la qualité de la relation thérapeutique, une troisième grande catégorie d'analyse était constituée des relations entre les différents types de professionnels réunis autour des mêmes patients. Cette catégorie représente 15% des votes.

La communication entre professionnels, la coordination et l'articulation des interventions de chacun étaient le centre de leurs préoccupations, de même que la question des formations ouvrant d'autres horizons, permettant d'acquérir des connaissances et des compétences extérieures à leur domaine de compétences *a priori*.

### 3.1 Améliorer la communication

10 propositions, 1,19% des votes

Il est ici question des moyens d'améliorer la communication entre les différents types de professionnels, de faire circuler les informations pour que chacun des professionnels impliqués soit au courant de ce qu'ont fait les autres, de faire un retour lors des prises de contact avec les autres protagonistes engagés, voire d'avoir une personne de contact, un soignant-clef chargé de centraliser toutes les informations, auprès duquel les autres professionnels pourraient se renseigner.

La question de la communication a été plus particulièrement citée par les professionnels non médecins : les infirmières et les diététiciennes – qui sont justement les professionnels ne centralisant pas les données des patients. En revanche, aucun médecin généraliste ni aucun spécialiste n'a accordé de points à ces propositions.

Tableau 15 : Améliorer la communication

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,8%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Indices / catégorie professionnelle</b>	0,0%		3,0%			2,2%			0,0%

### 3.2 Davantage coordonner les interventions/prise en charge multidisciplinaire

25 propositions, 12,14% des votes

Cette catégorie comprend essentiellement les propositions ayant trait à une coordination des interventions des différents intervenants. Il est ainsi question de clarifier les rôles respectifs de chacun – notamment entre médecins généralistes et spécialistes – mais aussi d'avoir des interventions concertées, en vue d'éviter les messages divergents voire contradictoires, et assurer au contraire une homogénéité des interventions. La concertation est vue aussi bien entre les lignes de soins qu'à l'intérieur de la structure hospitalière. De même, infirmières et diététiciennes insistent pour que les objectifs à atteindre et les données importantes de santé leur soient communiqués avant qu'elles ne rencontrent les patients.

Cette sous-catégorie est celle qui fait le plus consensus entre les différents groupes professionnels et les différentes régions, puisque les propositions qui se situent dans son sein sont plébiscitées par tous. Si, majoritairement, ce sont les endocrinologues qui y joignent le plus de points (31,4% de l'ensemble de leurs points), les diététiciennes ne sont pas non plus en reste, avec une proportion moyenne (toutes régions confondues) de 18,9% de points alloués (ce taux dépassant les 20% dans le cas des Belges et des Français). Viennent ensuite les infirmières, avec 13,9% en moyenne (le taux étant de 22,5% pour les infirmières wallonnes). Enfin, se trouvent les médecins généralistes, avec une proportion moyenne de points de 7,8%.

Tableau 16 : Davantage coordonner les interventions/prise en charge multidisciplinaire

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	5,9%	9,5%	22,5%	12,7%	10,0%	21,9%	25,6%	6,7%	31,4%
<b>Indices / catégorie professionnelle</b>	7,8%		13,9%			18,9%			31,4%

### 3.3 Formations multidisciplinaires

6 propositions, 1,85% des votes

Enfin, une dernière sous-catégorie ici concerne la demande de formations multidisciplinaires, communes à différents groupes professionnels, afin d'avoir une approche plus globale et plus transversale du patient. Si une grande série de métiers est citée, un intérêt particulier est néanmoins manifesté concernant les questions de diététique, pour lesquels un complément de formation est parfois souhaité par certains intervenants.

Si cette sous-catégorie ne remporte que peu de suffrages, les diététiciennes françaises ainsi que les infirmières belges semblent plus particulièrement demandeuses – *a contrario*, aucun médecin spécialiste n'a placé de vote dans cette catégorie.

Tableau 17: Formations multidisciplinaires

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	3,3%	0,0%	5,8%	0,0%	0,0%	3,8%	7,8%	0,0%	0,0%
<b>Indices / catégorie professionnelle</b>	1,5%		1,5%			4,1%			0,0%

### 4. Aspects réglementaires et organisationnels

12 propositions, 5,65% des votes

Cette catégorie comprend l'ensemble des éléments extérieurs au domaine d'activité des soignants *stricto sensu* ; les propositions afférentes concernent davantage les aspects à changer dans le système de santé afin d'améliorer ou de valoriser la prise en charge des patients. C'est pour cette raison que les questions de remboursement des patients ou de financement des activités thérapeutiques, qui prennent du temps, se trouvent placées ici. S'y joignent des propositions évoquant une plus grande souplesse dans la prise en charge, avec des visites non réglementées, la possibilité de recourir à l'hôpital de jour, etc.

Ici, il appert que ce sont les groupes d'infirmières qui sont les plus prompts à évoquer ce genre d'aspect, puisque 15,7% de leurs votes vont dans cette catégorie. Mais ce score est surtout lié aux infirmières belges et françaises, qui y placent un peu plus de 20% de leurs points. Viennent ensuite les endocrinologues belges, avec 8,6%, ainsi que les diététiciennes de Belgique (13,3%).

Tableau 18 : Aspects réglementaires et organisationnels

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,0%	20,8%	20,7%	8,9%	13,3%	0,0%	0,0%	8,6%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	0,0%		15,7%			5,2%			8,6%

## 5. Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux)

17 propositions, 7,20% des votes

### 5.1 Sur les traitements

Un faible nombre de propositions concernait un désir de formation sur les traitements disponibles face à l'obésité et au diabète – ces traitements étaient soit médicamenteux soit chirurgicaux.

### 5.2 Sur les mesures biologiques

Deux propositions sont comprises dans cet item : une demande de formation à l'impédancemétrie et à la mesure du pli cutané, ainsi que la définition du seuil de l'obésité (pour connaître à partir de quel moment la chirurgie apparaît comme une mesure de premier ordre).

### 5.3 Formation théorique

Enfin, cette modalité comprenait les propositions relatives à la formation théorique autour de l'obésité et du diabète, avec les questions de formation continue, de spécificités des adolescents, de gestion d'une pathologie chronique, des différentes modalités de prise en charge ou encore des recommandations de bonnes pratiques.

En sommant ces trois sous-catégories, les infirmières sont le groupe qui a accordé le plus de points à ce genre de considérations (8%), ce qui est principalement le fait des Belges et des Luxembourgeoises (respectivement 11,7% et 13,9%). Suivent les médecins généralistes, et plus particulièrement les Wallons (12,1%). Les diététiciennes françaises ne sont pas non plus en reste, avec une proportion de 13,3% de leurs points attribués à cette catégorie de la formation à la maladie.

Tableau 19 : Formation à la maladie

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	12,1%	4,7%	11,7%	0,0%	13,9%	0,0%	13,3 <sup>2</sup> %	2,7%	0,9%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	6,5%		8,0%			5,2%			0,9%

## 6. Intervention au niveau sociétal

8 propositions, 0,71% des votes

Enfin, la dernière grande catégorie d'analyse comprend des propositions davantage extérieures au domaine médical, se situant plutôt au niveau sociétal, mais qui sont perçues comme ayant une incidence sur la pratique des soignants ou les questions d'obésité et de diabète.

### 6.1 Lutter contre les publicités

Deux propositions sont inscrites ici, qui renvoient à la place des publicités sur les aliments sucrés ou les faux produits diététiques.

### 6.2 Informer le grand public

Les quelques propositions ici concernent la sensibilisation du grand public au problème de l'obésité et du diabète, mieux faire connaître leur existence et leurs implications, ainsi que faire changer le regard de la société sur les personnes porteuses de ce genre de maladie – ces propositions appartiennent, en cela, davantage au domaine de la santé publique.

Ce sont surtout les infirmières belges qui ont sollicité cet aspect, mais dans de faibles proportions (4,1% de leurs points).

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
Indices / catégorie professionnelle / Région	1,3%	0,0%	4,1%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%
<i>Indices / catégorie professionnelle</i>	0,6%		1,1%			0,4%			0,9%

### ***Synthèse des indices de priorité et de popularité pour groupe professionnel et par région***

Le tableau reprenant les indices de priorité et de popularité se trouve sur la page suivante.

	MG Be	MG Fr	Infi Be	Infi Fr	Infi Lux	Diét Be	Diét Fr	Diét Lux	Endoc Be
--	-------	-------	---------	---------	----------	---------	---------	----------	----------

# 1 Connaître le patient (Apprendre à approcher la psychologie des patients)

## 1.1 Favoriser et tenir compte de la parole du patient

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	2,8%	4,1%	0,0%	24,7%	18,3%	16,2%	2,2%	4,0%	0,0%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	3,5%		11,3%			8,1%			0,0%

## 1.2 S'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	15,1%	16,6%	5,0%	24,7%	0,6%	0,0%	0,0%	5,3%	8,6%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	15,9%		9,6%			1,5%			8,6%

## 1.3 Éléments théoriques de psychologie

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	1,8%	4,5%	12,5%	0,0%	5,0%	12,4%	0,0%	0,0%	4,8%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	3,3%		5,2%			4,8%			4,8%

## 1.4 « Faire avec » le contexte de vie, les habitudes culturelles du patient

### 1.4.1 Savoir situer le mode et le contexte de vie

### 1.4.2 Apprivoiser les différences culturelles

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	8,5%	9,0%	9,2%	2,0%	15,6%	4,8%	7,8%	0,0%	10,5%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	8,8%		9,1%			4,4%			10,5%

# 2 Travailler avec le patient

## 2.1 Evaluer et développer/maintenir la motivation

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	16,4%	20,6%	5,8%	17,3%	16,6%	0,0%	23,3%	28,0%	10,5%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	18,7%		13,7%			15,6%			10,5%

## 2.2 Techniques et connaissances à acquérir par le professionnel

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	0,0%	7,5%	0,0%	3,3%	1,7%	7,6%	5,6%	28,0%	1,9%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	2,1%		1,7%			12,6%			1,9%

## 2.3 Outils pour le patient

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	1,3%	9,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	4,4%	9,3%	3,8%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	5,6%		0,0%			5,2%			3,8%

## 2.4 Travail avec des groupes de patients

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	0,0%	9,5%	0,0%	1,3%	1,1%	6,7%	0,0%	6,7%	3,8%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	5,1%		0,9%			4,4%			3,8%

## 2.5 Evaluer le processus et les résultats de l'ETP

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	4,0%	0,0%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	0,5%		0,0%			1,5%			0,0%

## 2.6 Aspects non médicamenteux de la prise en charge

### 2.6.1 Cuisine/diététique

### 2.6.2 Activité physique



Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	31,3%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	10,0%	5,3%	10,5%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	16,4%		0,0%			5,9%			10,5%

## 2.7 Développement personnel du professionnel

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	1,1%	1,0%	0,0%	0,0%	3,8%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	0,0%		1,1%			0,4%			3,8%

## 3 Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire

### 3.1 Améliorer la communication

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,8%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	0,0%		3,0%			2,2%			0,0%

### 3.2 Davantage coordonner les interventions/prise en charge multidisciplinaires

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	5,9%	9,5%	22,5%	12,7%	10,0%	21,9%	25,6%	6,7%	31,4%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	7,8%		13,9%			18,9%			31,4%

### 3.3 Formations multidisciplinaires

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	3,3%	0,0%	5,8%	0,0%	0,0%	3,8%	7,8%	0,0%	0,0%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	1,5%		1,5%			4,1%			0,0%

## 4 Aspects réglementaires et organisationnels

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	0,0%	0,0%	20,8%	20,7%	8,9%	13,3%	0,0%	0,0%	8,6%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	0,0%		15,7%			5,2%			8,6%

## 5 Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux)

### 5.1 Sur les traitements

### 5.2 Sur les mesures biologiques

### 5.3 Formation théorique

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	12,1%	4,7%	11,7%	0,0%	13,9%	0,0%	13,3%	2,7%	0,9%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	6,5%		8,0%			5,2%			0,9%

## 6 Intervention au niveau sociétal

### 6.1 Lutter contre les publicités

### 6.2 Informer le grand public

Indice de priorité / catégorie professionnelle / Région	1,3%	0,0%	4,1%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%
<i>Indice de priorité / catégorie professionnelle</i>	0,6%		1,1%			0,4%			0,9%

	[0-5[ %	
indice de priorité	[5-10[ %	popularité
	[10-15[ %	
	[15-20[ %	
	20% et plus	

## **Médecins généralistes**

En synthèse, il apparaît que, pour les médecins généralistes, toutes régions confondues, la capacité à développer et maintenir la motivation du patient est le principal aspect évoqué, avec 18,7% des points attribués, suivi du fait de s'intéresser à l'image, aux représentations sociales du problème des patients (15,9%). Néanmoins si l'on spécifie par la région d'appartenance, les résultats diffèrent : ce sont principalement les aspects non médicamenteux de la prise en charge qui concentrent l'intérêt des médecins généralistes belges, puisque c'est là la catégorie la plus plébiscitée par ce groupe professionnel, avec quasiment un vote sur trois alloué à cette proposition (31,3%) – les Français, eux, correspondent à la tendance générale (ce qui est lié au fait qu'ils constituent la majorité des points donnés par des généralistes).

## **Infirmières**

Pour les infirmières, ce sont les aspects réglementaires et organisationnels qui représentent la catégorie la plus sanctionnée par des votes, avec une moyenne de 15,7%, suivi également par la capacité à développer/maintenir la motivation (13,7%).

Mais des divergences s'expriment entre les régions : favoriser et tenir compte de la parole du patient, ainsi que s'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème regroupent la moitié des points attribués par les infirmières françaises, suivis par les aspects réglementaires et organisationnels.

Pour les infirmières belges, en revanche, si les aspects réglementaires sont également parmi les plus fortement sanctionnés par un vote (20,8% de points), la coordination des interventions et la prise en charge multidisciplinaire reste l'aspect le plus plébiscité – 22,5% des points attribués.

Enfin, pour les infirmières luxembourgeoises, favoriser et tenir compte de la parole du patient récolte le plus de votes (18,3%), suivi par la question de la motivation (16,6% des points). Vient ensuite l'idée de « faire avec » le contexte de vie et les habitudes culturelles des patients (15,6%) et la formation théorique.

## **Diététiciennes**

Concernant à présent les diététiciennes, ce qu'elles souhaitent en premier lieu, c'est que les interventions soient davantage coordonnées (18,9% des points), suivi de la question de la motivation (15,6%) et des techniques et connaissances à acquérir (12,6%).

Mais de fortes disparités existent entre les régions : si les Luxembourgeoises considèrent la motivation et les techniques et connaissances à acquérir comme les aspects principaux (le cumul des deux répartitions donne plus de la moitié des points répartis entre ces deux catégories), les infirmières belges privilégient davantage la coordination des interventions et le fait de tenir compte de la parole du patient. Quant aux infirmières françaises, elles optent principalement pour la coordination des interventions (un quart des points distribués) et pour la motivation (23,3% des points).

## **Endocrinologues**

Enfin, dans le cas des endocrinologues, la question de la coordination des interventions est de loin l'aspect privilégié par cette profession, avec 31,4% des votes qui lui sont alloués. Viennent

ensuite, de manière beaucoup plus timorée (10,5% dans les deux cas), les questions de maintien de la motivation et de s'accommoder au contexte de vie et des habitudes culturelles des patients.

## Discussion

D'un point de vue méthodologique, ce travail souffre de limitations en termes de recrutement. Cela concerne en premier lieu la disparité des groupes interrogés dans les différentes régions, qui grève une partie des résultats. En effet, les médecins spécialistes n'ont été interrogés que dans la seule région wallonne, sans possibilité donc de voir les possibles similitudes avec les autres régions. Dans ce groupe, le faible nombre d'endocrinologues renforce encore la difficulté à tirer des conclusions pour ce groupe professionnel. De même, l'absence de médecins généralistes du Luxembourg ou encore l'absence de psychologues hospitaliers qui auraient pourtant dû être interrogés en Lorraine et au Luxembourg conduisent à n'avoir qu'une vision partielle de la réalité des besoins en formation dans les trois régions.

Au niveau des résultats ensuite, la prédilection d'une large part des enquêtés pour les questions de motivation du patient, et dans une moindre mesure pour le développement personnel du soignant, souligne la difficulté à assurer une prise en charge et un suivi de pathologies chroniques au long cours. Le suivi étant composé de moments de découragement et d'inefficacité, insister de la sorte sur la motivation revient à mettre en exergue la complexité d'agir sur des maladies dont les déterminants sont aussi bien biologiques que socioculturels, ainsi que la difficulté à transmettre au patient une notion juste du risque que sa pathologie lui fait courir.

Mais la question de l'articulation et de la coordination des interventions est aussi exprimée avec force par la majeure partie des intervenants, exception faite des médecins généralistes, beaucoup plus timorés sur cet aspect. Cela souligne, d'une part, la complexité de la prise en charge, qui se réclame d'aspects très différents ; d'autre part, le fait que les généralistes soient les seuls acteurs qui ne plébiscitent pas cet aspect souligne la place particulière qu'ils occupent dans le suivi, davantage au long cours et de manière transversale, réduisant la sensation de devoir se coordonner avec d'autres acteurs, *a fortiori* car ils centralisent une grande partie des informations sur les patients. Néanmoins, cela peut aussi souligner une difficulté à travailler en réseau, en collaboration avec d'autres intervenants de santé.

On ne peut s'empêcher de comparer le plébiscite envers la coordination des soins et le peu d'enthousiasme exprimé par les médecins généralistes pour développer la communication. Il faut sans doute nuancer et faire une distinction entre les données biomédicales, dont ils sont détenteurs, et les données psychosociales qu'ils demandent vivement à mieux connaître. Ceci démontre, s'il en était besoin, l'intérêt réciproque des soignants à se parler plus et à acquérir de façon coordonnée les nouvelles compétences qu'ils attendent.

De fortes disparités régionales s'expriment aussi, en sus de celles entre groupes professionnels. Ces disparités renvoient, d'une part, au fait que les groupes nominaux votent pour les propositions qu'ils ont eux-mêmes émises, ne permettant pas toujours une superposition entre groupes, mais aussi, d'autre part, probablement à des disparités régionales et locales. En ce sens, proposer un référentiel de formation commun aux trois régions apparaît complexe eut égard à ces divergences d'intérêt exprimées. De même, la question d'une formation commune aux différents

groupes professionnels s'avère malaisée, même si elle pourrait être un facteur de cohésion et d'homogénéité de la prise en charge.

## **Conclusion**

Du point de vue des soignants, un référentiel de formation devrait proposer un important volet lié à la relation singulière avec le patient. Les participants aux groupes nominaux, en majorité des praticiens chevronnés, éprouvent le besoin de disposer de techniques qui leur permettent de situer le patient dans sa singularité pour l'accompagner dans la gestion de sa pathologie. La psychologie du patient, ses représentations sociales de la maladie, son contexte culturel et les déterminants de sa motivation au changement seront des aspects à investiguer et à apprendre à gérer. Pour certains soignants, ce renforcement de compétences permettra de limiter les désillusions et le découragement face à des pathologies chroniques évoluant souvent vers une aggravation difficile à contenir.

Le référentiel devra aussi tenir compte de l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge. La délimitation des compétences et le fonctionnement du réseau de soins devront être clarifiés pour les différents acteurs, et les modèles propres à chaque pays explicités ou améliorés. Bien que la formation en groupes pluridisciplinaire n'ait pas été plébiscitée, cette modalité aurait néanmoins l'avantage de rapprocher des acteurs qui ont à communiquer et collaborer sur le terrain, les uns et les autres pouvant d'ailleurs participer au partage du savoir propre à leur discipline au profit de ceux qui demandent à en savoir plus.

Le fonctionnement harmonieux d'un réseau de soins impliquera sans doute également quelques modifications réglementaires dans les trois pays, et la présente étude ne peut prétendre à l'exhaustivité dans ce domaine. Cet aspect dépasse le cadre du référentiel de compétences, mais il est indissociable du développement de l'éducation thérapeutique.

## Annexe : Ensemble des propositions des différents groupes nominaux, classées en fonction de la grille d'analyse

A l'intérieur des thèmes les propositions sont classées par groupe professionnel ; pour une meilleure lisibilité, les pays sont identifiés par une couleur de police différente : noire pour la Belgique, **bleu** pour la France et **rouge** pour le Grand-duché de Luxembourg.

De nombreuses propositions provenant des groupes lorrains comportent des sous-propositions. Leur classement s'est fait autant que possible sur base du contenu de ces sous-propositions, mais en cas de difficulté de classement, c'est le titre de la proposition – sur lequel se sont portés les votes des participants – qui a été notre référence.

Les parties de texte ~~qui sont barrées~~ correspondent à une première formulation de la proposition, modifiée ensuite par le groupe lors de la phase de clarification. Les propositions qui ont été éliminées par les groupes, suite par exemple à une fusion avec une proposition similaire, ne sont pas reprises ici puisqu'elles n'ont pas participé à la phase de vote.

A la fin de chaque proposition, sont précisés, entre parenthèses, le groupe professionnel et la région d'origine : Lg pour les groupes wallons, LOR pour les groupes lorrains et Lux pour les groupes luxembourgeois.

### 1. Connaître le patient (Apprendre à approcher la psychologie des patients)

#### 1.1 Favoriser et tenir compte de la parole du patient

- Formation à l'écoute du patient (infi 1 Lg)
- Tenir compte de l'image de soi des patients, de leurs représentations; être plus empathique. Ecoute active (diét Lg)
- Avoir à disposition une fiche avec un questionnaire bien établi (MG 1 Lg)
- Etablir un canevas, un programme de consultation (MG 1 Lg)
- Relation soignant-soigné, écouter (Infi GN2 Lor)
- Laisser s'exprimer les attentes du patient (infi GN2 Lor)
- Connaître les attentes du patient (infi GN2 Lor)
- **Savoir négocier avec le patient (diét Lux)**
- **Faire des formations pédagogiques pour développer la compétence d'éducateur et permettre au patient de choisir ses solutions (infi Lux)**
- Relation soignant-soigné : mieux écouter le patient, le déculpabiliser et éviter les termes néfastes (MG GN8 Lor)
  - Mieux écouter craintes, buts,
  - Déculpabiliser ;
  - Eviter les termes efforts, coupable, « maigrir » etc.
- Améliorer et valoriser la relation soignant-soigné, meilleure communication (MG GN6 Lor)
  - En les interrogeant mieux
  - Les écouter plus

- Rendre les patients acteurs : médecin conseiller santé & patient expert
- Accepter la discussion plutôt que de l'éviter lorsqu'il y a une demande, prendre le temps
- Etre convaincant, Comment parvenir à être convaincant
- Etre ferme sur les objectifs (parallèle avec l'anorexie)
- Ne pas juger
- Améliorer la communication
- Remettre du plaisir dans prise en charge : optimisme
- Qualité de la relation soignant-soigné
  - Avoir une attitude empathique avec le patient
  - Adopter un langage déculpabilisant en tenant en compte de la personnalité humaine du patient
  - Techniques d'aide au changement
  - Lutte contre la stigmatisation de l'obésité

## **1.2 S'intéresser à l'image, aux représentations sociales de leur problème**

- savoir évaluer les connaissances du patient sur le diabète, la diététique (diét Lux)
- Compétences et acquis du patient : connaissances théoriques du patient sur sa maladie, ses complications et co-morbidités (MG GN8 Lor)
  - connaissances sur la nutrition, connaissance de l'IMC,
  - Connaissances et gestion du handicap (arthrose),
  - Parler des co-morbidités (HTA,...)
- Se former pour comprendre le patient dans son processus de non acceptation de sa maladie afin de l'approcher différemment (diét Lux)
- Apprendre les trucs et astuces pour mieux connaître les adolescents (infi Lux)
- Partir en vacances avec des adolescents diabétiques pour mieux les comprendre (infi Lux)
- Evaluation des connaissances du patient (infi GN2 Lor)
- Etre attentif aux attentes du patient ("le patient vient pour faire plaisir à son MG") ; ses représentations. Ce qu'il attend de la consultation. Identifier les freins. être formé à l'identification des attentes, représentations du patient (diab 1 Lg) *Note : Il suffit de poser la question au patient, en fait.*
- où ils en sont par rapport à leur poids (MG 1 Lg)
- Le fait de manger dans leur image corporelle (MG 1 Lg) *note: il était ici question de ce que les patients associaient à l'idée de manger et les conséquences pour leur corps*
- Formation pour connaître les représentations sociales de la maladie chez le patient (infi 1 Lg)
- Mieux connaître les représentations des aliments (MG 1 Lg)
- Leur donner une meilleure image de soi (MG 1 Lg)
- Il faudrait que le diabète "fasse mal". Mieux faire prendre conscience de la gravité de la maladie (infi 2 Lg)
- Connaître mieux la représentation qu'ont les patients de la maladie (diab 2 Lg)
- Se mettre dans la peau d'un patient diabétique par des jeux de rôle patient-soignant (infi Lux)
- Aider le patient à accepter sa maladie, en plusieurs étapes (infi Lux)
- Acceptation de la maladie (infi GN2 Lor)
- Connaissance de la pathologie par le malade (infi GN2 Lor)

- Connaître les objectifs du patient (infi GN2 Lor)
- Faire prendre conscience de la gravité de la maladie (MG 2 Lg)
- Approche psychologique : faire parler le patient sur l'image qu'il a de lui, le plaisir que lui procure la nourriture et son vécu de l'obésité (MG GN8 Lor)
  - du rôle de la nourriture (émotions, compulsions)
  - Vivre avec son obésité
  - Faire parler du plaisir actuel et espéré,
  - bien-être après perte de poids, plaisir de changer
  - Travailler sur l'image de soi
  - Sexualité : savoir en parler, gestion dans le couple de l'alimentation, de la perception de l'obésité de l'autre
- Point de vue du patient sur sa maladie (MG GN8 Lor)
  - Patient : Prise de conscience
  - Quels bénéfices pour la perte de poids
  - limitations des gestes quotidiens (habillement)
  - Faire parler sur le regard des autres, les proches, quel ressenti ?
- Image, représentation et point de vue du patient (MG GN7 Lor)
  - Voir avec le patient les avantages et les inconvénients de son obésité
  - Connaissances de la maladie par le patient et des facteurs favorisants
  - Connaître leur projet de vie

### ***1.3 Eléments théoriques de psychologie***

- apprendre à gérer les émotions des patients (diét Lux)
- Notions ou formation à la thérapie cognitivo-comportementale pour le médecin (diab 1 Lg)
- permettre au patient de vivre plus sereinement et de surmonter ses difficultés (diab 2 Lg)
- Outils psy ou collaboration avec des psys face aux mangeurs émotionnels (diét Lg)
- Connaissance des différents comportements psy du patient (infi 1 Lg)
- Avoir une formation en psychologie (MG Lg1)
- Savoir déterminer les différents profils de patients (solide, fragile) pour construire son intervention (infi 2 Lg)
- comment apprendre à évaluer les capacités intellectuelles du patient (diét Lux)
- Se former et avoir les outils pour identifier les limites cognitives des patients (infi Lux)
- Psychologie du patient : comment faire ? (MG GN6 Lor)
  - Modifier l'approche en la décentrant du problème alimentaire : affectif, environnement, psychologique
  - Essayer de les comprendre : souffrance, problématique
  - Formation sur les pistes psychologiques et la manière de les aborder en consultation, Faire une formation sur la psychologie de l'obésité
  - Formation à l'animation de groupe + psychologie + diététique

### ***1.4 « Faire avec » le contexte de vie, les habitudes culturelles du patient***

#### **1.4.1 Savoir situer le mode et le contexte de vie**

- Tenir compte de l'environnement sociétal (médias, géographie) (MG GN6 Lor)
- Disposer des informations de contexte sur le patient (milieu social, situation familiale, etc.) (infi 1Lg)
- Connaître le mode de vie (MG 1 Lg)



- Bien connaître l'éducation alimentaire des enfants et des adolescents (MG 1 Lg)
- Meilleure connaissance du milieu culturel (habitudes alimentaires)/Pouvoir établir un diagnostic éducationnel (conditions de vie, travail, etc.)/Mieux connaître le milieu pour mieux prendre en charge (identification des freins) (diab 1 Lg)
- Faire un accompagnement individuel du patient diabétique avec son entourage (infi Lux)
- Identifier les ressources du patient dans son contexte de vie pour adapter l'éducation (infi Lux)
- Identifier les attentes, demandes et ressources de l'entourage du patient (infi Lux)
- Connaître le comportement du patient, observer (infi GN2 Lor)
- Connaître histoire du patient : ses habitudes alimentaires, son histoire de vie, son mode de vie (infi GN2 Lor)
- Historique du poids : mode d'entrée dans l'obésité, contexte psychologique, facteur déclenchant et évolution de la courbe (MG GN8 Lor)
  - Facteur déclenchant de la prise de poids,
  - Psycho traumatismes
  - Historique du poids, mode d'entrée,
  - Expériences antérieures de régimes, de prise en charge et leçons tirées
- Mode de vie, environnement social et familial du patient (MG GN7 Lor)
  - Connaître son mode de vie
  - Aller à domicile pour approcher le milieu de vie, l'environnement personnel et familial du patient
  - Connaître les habitudes de vie, son environnement, faire une enquête alimentaire aussi bien sur le comportement, que sur les aliments à domicile
  - Evaluer l'implication familiale
  - Connaître leurs habitudes d'achats
- Découvrir l'univers du patient : habitus, culture et environnement du patient (MG GN 6 Lor)
  - Mieux connaître leur mode de vie : habitus alimentaire, habitat
  - Les rencontrer à domicile et en famille, rencontrer les autres cultures
  - Eviter les tentations fast-food devant les écoles
  - Faire une enquête environnementale : travail, famille, amis (recherche problèmes)
  - Action sociétale pour influencer positivement les comportements
  - S'opposer aux régimes miracles & lucratifs
  - Conseiller de parler d'autre chose que de l'alimentation
  - Mettre en place l'intervention pluridisciplinaire à domicile avec les membres de la cellule familiale
- Travailler sur la niche écologique (proximité, géographie) (diét GN5 Lor)
  - Echanges familiaux : couple, enfant ...
  - Connaître l'environnement du patient : social, culturel & sportif
  - Intervenir dans le quotidien du patient : courses, cuisine, stockage des aliments
  - Agir au niveau scolaire pour l'information et éducation alimentaire : trop de rigidité
  - Travailler sur l'environnement : offre alimentaire, possibilités d'activité physique
  - Elargir l'approche de l'individu à son entourage et à son réseau médical
- Travailler sur l'environnement familial, professionnel entourage du patient (diét GN5 Lor)

#### **1.4.2 Apprivoiser les différences culturelles**

- Dès l'enfance, modifier les habitudes culturelles (sinon "on montre du doigt") (diab 1 Lg)
- Connaître les différentes cultures (arabes, italiens, africains) au point de vue alimentaire, coutumes, modes de vie, ramadan (infi 1 Lg)
- Meilleure connaissance des habitudes alimentaires selon l'origine ethnique (diét Lg)

- Disposer de connaissances en interculturalité (MG Lg1) *note: pour savoir lesquelles sont valables*
- Connaître les subtilités de vie et les habitudes alimentaires des populations étrangères (Maghreb) (infi 2 Lg)
- Disposer de documents sur l'alimentation et le diabète dans différentes langues, à remettre au patient, adaptés à différents groupes socioculturels (diab 1 Lg) *Note : évoque surtout le cas des cultures maghrébines*
- Avoir plus de notions pluriculturelles et religieuses (ex. Ramadan) ; Connaître le régime alimentaire propre à nos patients qui viennent du Maghreb, de l'Inde, de l'Afrique noire etc. Essayer d'intégrer le régime aux habitudes culturelles (diab 2 Lg)
- Travailler avec des soignants de même origine que nos patients (diab 2 Lg)
- **Nécessité d'avoir des outils éducatifs dans plusieurs langues ou adaptés aux besoins des personnes (ex. aveugles) et un site Internet patient interactif (infi Lux)**
- **Aborder dans la formation les connaissances anthropologiques afin de comprendre les aspects culturels et sociaux intervenants dans l'éducation du patient (infi Lux)**

## 2. Travailler avec le patient

### 2.1 Evaluer et développer/maintenir la motivation

- Assurer un suivi de la prise en charge (infi GN2 Lor)
- **Montrer des statistiques sur le diabète et sur les complications (infi Lux)**
- Faire développer des habitudes éducatives chez les patients (infi 2 Lg)
- **Etablir avec le patient un projet de soins (infi GN2 Lor)**
- **Amener le patient à changer son comportement à son rythme (infi GN2 Lor)**
- Arriver à motiver le patient/formation à l'entretien motivationnel (infi 2 Lg)
- entretien motivationnel (tabac) (MG 1 Lg)
- Savoir diriger un entretien motivationnel (infi 1 Lg)
- Faire prendre conscience au patient de l'utilité d'une prise en charge psy dans certains cas (infi 1 Lg)
- Avoir une approche positive du patient obèse (bénéfices de maigrir, résultats attendus) (MG 1 Lg)
- Imposer des entrevues régulières pour maintenir la motivation (MG 2 Lg)
- Rappels sur GSM automatiques (MG 2 Lg) *Note : un MG rétorque à la cantonade: "oui, mais il faut qu'ils se prennent en charge, on ne va quand même pas faire cela !"*
- Formation à la prévention non rébarbative. Evaluer la motivation du patient. Entretien motivationnel (MG 2 Lg) *Note : faire passer le message de manière plus légère. Un autre: "oui, il ne faut pas trop le culpabiliser"; un troisième: "c'est vrai qu'on le fait beaucoup"; un dernier: "ben oui, on le fait trop !"*
- Faire participer l'entourage du patient comme soutien au domicile (infi 2 Lg)
- Formation motivationnelle (diab 1 Lg) *Note : comment éviter le découragement des patients*
- Educateurs de santé disponibles par téléphone, pour les patients (comme Tabacstop), pour maintenir la motivation, répondre à leurs questions (diab 1 Lg)
- Motiver les contraintes imposées par une information claire (diab 2 Lg)
- Expliquer les objectifs du traitement. Outils pédagogiques (visuel) (MG Lg2) *Note : être plus dans le concret, lui faire prendre conscience des avantages qu'il peut en retirer*
- Assurer une "formation permanente" des patients chez qui cela semble utile, plutôt que de la généraliser (diab 2 Lg)

- Se former à l'entretien motivationnel (diét Lux)
- pouvoir évaluer le niveau de motivation du patient (diét Lux)
- faire passer des messages positifs en évitant les interdits (diét Lux)
- déterminer des objectifs spécifiques selon les individus ~~des groupes de patients : ados, personnes âgées~~ (diét Lux)
- ~~Acquérir une force de persuasion pour convaincre les patients~~ Faire une formation en psychologie pour développer les compétences à identifier le degré de motivation du patient chronique, pour la développer (infi Lux)
- Améliorer ma capacité d'identifier les obstacles et les leviers de changement chez le patient (infi Lux)
- Apprendre les techniques pour gérer les défaites (infi Lux)
- Former à l'empathie pour générer une relation de confiance avec le patient (infi Lux)
- Apprendre à verbaliser un consensus contractuel avec le patient (infi Lux)
- Encourager les efforts du patient, valoriser les progrès et minimiser l'échec (infi GN2 Lor)
- Impliquer l'aidant, l'entourage (infi GN2 Lor)
- Faire prendre conscience des risques encourus, pédagogie répressive (infi GN2 Lor)
- Approche centrée sur patient pour le rendre acteur (diét GN5 Lor)
  - Comprendre la motivation et les priorités du patient
  - Prendre en compte les échecs, les freins et obstacles à la perte de poids
  - Comprendre les cultures alimentaires & les impératifs
  - Parler de ses croyances
  - Aide pour développer une image positive de soi : ateliers individuels ou collectifs
  - Donner envie au patient pour se prendre en charge
  - Rendre le patient acteur de sa prise en charge
  - Aide pour acquérir une confiance en soi
  - Analyser les besoins du patient et l'aider dans sa démarche
  - Balance entre santé lointaine et survie immédiate
  - Comprendre ce que le patient vient chercher
  - Travailler sur les rapports/représentations parents-enfants
  - Prise de conscience des risques (raccourcissement espérance de vie)
- Travail sur la motivation : apprendre à motiver, à donner envie au patient, développer des compétences en communication (MG GN8 Lor)
  - Approche ouverte sur la motivation vis-à-vis du poids
  - Compétences en communication, entretien motivationnel,
  - Savoir motiver
  - Voulez-vous vous peser
  - Outil virtuel de changement d'image, auto portrait (photographique)
  - Savoir donner envie aux patients
- Mesure des capacités de changement et la motivation (MG GN7 Lor)
  - Identifier les motivations et les priorités
  - Identifier le profil psychologique du patient pour permettre une meilleure modification comportementale
  - Améliorer la motivation du patient dans sa demande de changement de comportement : en le positionnant sur un diagramme simple (Prochaska)
- Stratégie, pédagogie & motivation : construire une démarche en consultation (MG GN6 Lor)
  - Favoriser les retours d'expérience en se fixant des objectifs : petits objectifs, pas à pas

- Faire prendre conscience des risques encourus
- Utiliser un entretien motivationnel comme pour les addictions
- Prise de conscience liée à l'effet balance
- Approche minimum non centrée sur le poids
- Donner des objectifs réalistes
- Faire des consultations dédiées et non noyées dans les autres motifs de consultation
- Connaître des conseils simples à donner aux patients

## ***2.2 Techniques et connaissances à acquérir par le professionnel***

- Pédagogie du soignant pour transmettre les connaissances (infi GN2 Lor)
- Donner toute sa place à la pédagogie (diét GN5 Lor)
  - Approche individuelle et collective
  - Langage simple pour informer le patient : mots simples/compréhensibles, adaptation au niveau culturel
- Structurer le contenu de notre éducation (infi Lux)
- Formation à la création d'outils pédagogiques adaptés à la précarité (diét Lg)
- Communiquer au patient les nouvelles techniques disponibles (infi Lux)
- Formation aux techniques de communication médecin-patient (com. verbale et non verbale) (diab 1 Lg)
- développer les techniques de communication favorables à l'apprentissage, y compris l'écoute active, avec des exercices pratiques et de manière répétitive dans le temps pour bien acquérir la compétence (diét Lux)
- apprendre à interagir rapidement avec le patient de manière appropriée (diét Lux)
- être formé pour analyser les comportements du patient au niveau du dit et du non dit (diét Lux)
- savoir interpréter l'attitude corporelle (diét Lux)
- Etre créatif (infi Lux)
- Faire des stages de formation pratique dans de grands centres qui font de l'ETP (infi Lux)
- Technique & compétences pour une meilleure communication soignant-soigné (MG GN7 Lor)
  - Poser des questions ouvertes : parler peu et écouter beaucoup
  - Simplifier son langage
  - Faire un contrat/convention entre le soignant et le soigné
- Besoin et accès à la formation (diét GN5 Lor)
  - Accès à la formation
  - Etre formé aux techniques de communication : entretien individuel, motivationnel ou animations de groupe
  - Formation à l'ETP
  - Formation en psychologie, hypnose pour une approche autre que nutritionnelle
- Outils pour le professionnel (diét GN5 Lor)
  - Carnet de patient : exprimer ses motivations, son parcours de vie, son histoire, ses réflexions
  - Outils/fiches pour faire une distinction entre faim émotionnelle et faim physiologique
  - Avoir des outils simples pour mesurer l'activité physique
  - Construction d'une plateforme numérique interactive animée par des diététiciens
  - Evaluer les notions de plaisir, de goût : développer des ateliers du goût, culinaires
  - Evaluer le niveau de qualité de vie du patient

- Outils & protocoles pour décrire la maladie et soigner les malades (MG GN7 Lor)
  - Faire un questionnaire sur les expériences passées pour perdre du poids
  - Revoir avec le patient l'histoire de la prise de poids (enfance ...)
  - Avoir un outil de travail rapide, une trame pour typer/profiler l'obèse (psychologique, diététique, énergétique ...) pour modifier son comportement
  - Avoir des protocoles pour changer le comportement alimentaire des patients
  - Améliorer la connaissance des possibilités d'adaptation du patient face à un changement de comportement
  - Quand intervenir : rythme des consultations
  - Améliorer les étapes et les thèmes d'informations nécessaires au changement de comportement : alimentaire, physique, chirurgie ...
  - Peser et calculer le BMI de tous les patients
  - Identifier et décrire le groupe d'obèses (age, sexe, catégorie socioprofessionnelle) et identifier la demande des patients (implicite ou explicite)

### **2.3 Outils pour le patient**

- Mise à disposition d'ateliers éducatifs dans les écoles, les milieux défavorisés (collaboration avec les CPAS) (diét Lg)
- DVD d'information pour les patients sur le diabète. Support pour discussion ultérieure/ Messages éducatifs diffusés sur une télévision dans la salle d'attente (MG 2 Lg)
- Mise à jour d'outils pédagogiques simples, visuels (infi 2 Lg)
- Développement d'outils télématiques de suivi (meilleure efficacité des outils) (diab 1 Lg)
- Créer des outils simples de communication (images, documents audio) (diab 2 Lg)
- Apprendre à créer ou choisir et à utiliser des outils pédagogiques compréhensibles (image) (diét Lux)
- avoir des outils éducatifs modulables selon le patient (diét Lux)
- Outils simples : outils pour le soignant et le patient (MG GN8 Lor)
  - Evaluation les apports alimentaires : outil pratique, informatique,
  - Outils pour aider à prescrire l'activité physique ou de l'alimentation, outils diététiques,
  - Caddie supermarché, choix d'achats,
  - Comment apprendre la balance énergétique,
  - Comment apprendre l'équilibre alimentaire,
  - Outil virtuel de changement d'image, auto portrait (photographique)
- Outils et moyens pour le médecin et le patient (MG GN6 Lor)
  - Avoir accès facile à un bilan diététique
  - Réaliser des documents utiles pour le médecin & patient
  - Quantifier la sédentarité (temps passé devant écrans)
  - Organiser une consultation de prévention annuelle pour aborder le sujet de manière exclusive
  - Environnement propice pour la consultation (autre que bureau de soin)
  - Proposer des nouveaux modes de cuisine (vapeur, wok)
  - Ateliers pratiques : cuisine, activité physique, achats
  - Formation au diagnostic éducatif

### **2.4 Travail avec des groupes de patients**

- Savoir conduire un groupe de parole de patients (infi 1 Lg)

- Réduire la crainte des patients vis-à-vis de la maladie à l'aide de groupes de parole (infi 1 Lg)  
Avoir des professionnels formés à l'animation de groupes de patients (diab 1 Lg) *Note : notamment des psys*
- carnet d'adresses de groupes de patients diabétiques (MG 2 Lg)
- Organiser des rencontres entre patients; apprendre à les animer (dynamique de groupe) (diét Lg)
- Organisation de groupes de patients (pour éducation) (diab 1 Lg)
- Une formation comme animateur de groupes de paroles de patients entre diabétiques (groupe type Weight Watchers) (infi 2 Lg) *Note : l'idée initiale était d'inclure les patients dans des groupes de parole*
- Mêler dans des groupes des patients de niveaux sociaux différents (diét Lg)
- Apprendre à gérer des groupes de patients hétérogènes (diét Lux)
- Créer un contact régulier avec les associations de patients et les groupes de pairs-patients (infi Lux)
- Faire des groupes ~~parents-enfants~~ patients-entourage en éducation à la santé, dans les structures de santé ou dans la communauté, ainsi que des ateliers pratiques sur le terrain pour sensibiliser sur les possibilités existantes (infi Lux)
- Réaliser des groupes de patients experts (infi GN2 Lor)
- Approche pédagogique et stratégique de groupe (MG GN7 Lor)
  - Quitter la relation individuelle : les faire se rencontrer
  - Savoir faire sortir les patients de leur isolement en parlant de leurs problèmes en groupe
  - Améliorer la prise en charge des patients en phase de blocage
- Stratégies thérapeutiques : développer des stratégies thérapeutiques individuelles ou de groupe (MG GN8 Lor)
  - Régime personnalisé, à partir des goûts, des désirs et des habitudes,
  - Facteurs culturels et financiers,
  - Organiser des groupes, émulation des patients pour expliquer les traitements,
  - Traitement chirurgical plus tôt pour les aider, quand ?
  - Objectifs chiffrés, négociés, à fixer, modestes, pratiques, simples,
  - Télé réalité diététique hypocalorique,
  - Récompenses après perte de poids,
  - Partage d'expériences avec patients en réussite
  - Partenariat avec Weight Watchers

## ***2.5 Evaluer le processus et les résultats de l'ETP***

- Evaluer les compétences des soignants en ETP (infi Lux)
- être formé à développer des outils d'évaluation des résultats (diét Lux)
- Vérifier les acquis du patient (infi 1 Lg)
- Evaluation du processus afin d'adapter la stratégie de prise en charge (MG GN7 Lor)
  - Evaluer individuellement et collectivement les stratégies de modification de comportement mises en place
  - Evaluer l'avis des patients intégrés dans le système (qualité de vie)
  - Modifier en permanence la stratégie en fonction des résultats
  - Donner des outils et vérifier leur compréhension et utilisation
- Formation en promotion de la santé (santé publique) pour évaluer l'impact du travail en groupe (diét Lg) *Note: l'intervenante a du mal à justifier l'expression "promotion de la santé";*

*ce qu'elle veut c'est une formation à l'évaluation, e.a. pour comparer action individuelle et collective*

## **2.6 Aspects non médicamenteux de la prise en charge**

### **2.6.1 Cuisine/diététique**

- Ateliers de cuisine collectifs, sorties accompagnées dans les grandes surfaces (diét Lg)
- Travailler avec le patient la conscience des compositions alimentaires (courses)/ Cours de cuisine pour diabétiques (MG 2 Lg) *Note : pour ne pas toujours être dans la contrainte face aux patients*
- Une approche concrète de la diététique pour les patients (MG 1 Lg)
- Ateliers pratiques pour patients (nutrition, alimentation, cuisine, lecture des étiquettes...) diab 1 Lg)
- Formation à des ateliers "saveurs", goût (diét Lg)
- Faire le tri dans les régimes que les gens disent avoir suivi (MG 1 Lg)
- Connaissances sur les aliments, les produits pour diabétiques, nutrition (marques...) (MG 2 Lg)
- Fiche d'informations sur la consommation de calories/exercice physique (MG 2 Lg)
- Réalisation d'atelier cuisine avec visualisation dans l'assiette des équivalences glucidiques (ce serait plus parlant que des photos) (diab 2 Lg)
- faire connaître nos produits alimentaires aux patients qui viennent du Maghreb, d'Inde, d'Afrique noire etc. (diab 2 Lg)
- Faire des ateliers "cuisine" et pas strictement diététiques (diab 2 Lg)
- Concilier régime et plaisir de la table (MG 1 Lg)
- Apprendre à décoder les étiquettes des produits (diab 2 Lg)
- **apprendre à devenir un coach diététique au long cours (diét Lux)**

### **2.6.2 Activité physique**

- Cours de sport adaptés pour qu'ils soient mieux suivis (diét Lg)
- faire un coaching physique (MG 1 Lg)
- Apprendre aux patients les moyens non médicamenteux, valoriser l'exercice physique (MG Lg2) *Note : l'un des MG précise qu'eux aussi doivent apprendre. Un autre surenchérit: "Oui, moi, je ne me sens pas à l'aise avec cela".*
- Avoir une meilleure connaissance des implications de l'activité sportive (diab 2 Lg)
- **Créer des groupes sportifs pour adultes et enfants obèses (infi Lux)**
- **Activité physique : savoir proposer l'activité physique au patient : loisir et contexte professionnel ; outils (MG GN8 Lor)**
  - savoir la vendre, activité physique et professionnelle
- **Activité physique : comment inciter et adapter l'activité physique (MG GN6 Lor)**
  - Les inciter à la pratique d'une activité physique de leur choix
  - Activité physique de groupe (Aquagym)
  - Conseils de réentraînement à l'effort (simple)
- **Agir sur l'activité physique (diét GN5 Lor)**
  - Favoriser l'accès à l'activité physique : APA (activité physique adaptée)
  - Evaluer la sédentarité et l'activité physique

## **2.7 Développement personnel du professionnel**

- **Ne pas stresser pendant les entretiens (infi Lux)**

- Aimer son travail (infi Lux)
- Pouvoir dire NON quand je sens mes limites face au patient, à la famille, ... (infi Lux)
- Apprendre à gérer son stress et son temps (infi Lux)
- Comment garder sa propre motivation devant les pathologies chroniques. Sur le terrain, au quotidien (diab 1 Lg) *Note : "Ils reviennent, ils ont pris 5kg"*
- comment garder sa propre motivation devant un échec (diab 1 Lg) *Note : une formation à la gestion des pathologies chroniques devrait être dispensée dès l'université*
- Partager nos expériences entre infirmières éducatrices (groupes de parole, informations techniques) (infi 1 Lg)
- Créer des lieux d'échange entre diététiciennes (diét Lg)

### 3. Travailler le partenariat en équipe multidisciplinaire

#### 3.1 Améliorer la communication

- Interprète (extérieur à la famille, neutre) + thérapeute (infi 1 Lg)
- Farde commune aux différents soignants, conservée par le patient, comme outil de communication entre soignants (diét Lg)
- Avoir les bonnes données pour travailler (sur le traitement, le profil psychologique, l'histoire du patient...) (infi 2 Lg)
- Chacun des professionnels peut renvoyer un feed-back aux autres, pour garantir la cohérence des messages délivrés au patient, vérifier que le message est bien passé chez le patient (diab 1 Lg)
- Le patient représente l'élément fédérateur de contact principal entre les divers acteurs des tâches médicales mises à sa disposition (diab 2 Lg)
- Organiser plus de réunions patients-soignants (diab 2 Lg)
- Créer une plateforme patient - médecin traitant - spécialiste (diab 2 Lg)
- Le patient devrait avoir une personne de référence joignable (infi Lux)
- ~~Etablir un carnet de liaison commun~~ Avoir un dossier patient partagé entre hôpitaux et services extrahospitaliers pour le suivi de l'éducation du patient (infi Lux)
- Evaluation des résultats de la thérapie à long terme sur tous les aspects y compris en amélioration de la qualité de vie (tous les 6 mois) (infi Lux)

#### 3.2 Davantage coordonner les interventions/prise en charge multidisciplinaires

- Formation de l'équipe soignante (infi GN2 Lor)
- Formation à la gestion d'équipes de soignants (diab 1 Lg) *Note : Avoir des outils pour gérer conflits dans équipe de travail, car ils ne sont pas formés sur ces aspects*
- Communication par les médecins des objectifs biologiques à atteindre pour le patient (infi 1 Lg)
- Multidisciplinarité cohérente intra-hospitalière (autour du patient), message commun/Homogénéiser la prise en charge de l'ensemble des intervenants autour du patient (diab 1 Lg) *Note : idée que les messages soient coordonnés*
- Organiser qui donne l'information au patient (infi 1 Lg)
- Organiser des réunions de concertation multidisciplinaire avec le patient pour optimiser la prise en charge (infi 1 Lg)
- Meilleure corrélation "petite" diététicienne - médecins pour une meilleure compréhension du patient et de son milieu (travail en équipe) (diét Lg) *Note: l'ajout des guillemets à l'adjectif*



*"petite", puis la suppression du mot lors de l'étape de clarification traduit un malaise dans la reconnaissance de la profession par les médecins, malaise non assumé par toutes les participantes.*

- Un partenariat avec une diététicienne (MG 1 Lg)
- Consultations auxiliaires en diabète cabinet domicile (aide pour le médecin qui n'a pas le temps)/ Educ. individ. du patient par une infirmière spécialisée (MG 2 Lg)
- Améliorer la collaboration avec les médecins généralistes et spécialistes/Intervention concertée entre les différents intervenants (infi 2 Lg)
- Avoir des personnes dans l'équipe formée à la thérapie cognitivo-comportementale (diab 1 Lg)
- Mieux définir les rôles entre MG et MS (car difficultés vu qu'ils sont dans des lieux différents) (diab 1 Lg) *Note : clarifier les rôles respectifs de chacun*
- Faire participer le pharmacien au comptage des médicaments. Alerter le MS en cas de problème de compliance (diab 1 Lg)
- L'approche doit être multidisciplinaire de façon à permettre à tous les acteurs médicaux de remplir leurs fonctions et d'aider quelque fois le patient (diab 2 Lg)
- Développer l'éducation et la surveillance infirmière à domicile (diab 2 Lg)
- Intensifier les groupes de contact avec les médecins généralistes (de la première ligne) (diab 2 Lg)
- Revoir l'approche des paramédicaux, qui ne sont pas toujours dans leur rôle (diab 2 Lg)
- Se situer au dessus des institutions en concurrence (diab 2 Lg)
- avoir un discours cohérent entre professionnels médecins, infirmiers, diététiciens, ... (diét Lux)
- bien définir les zones de compétence (rôle) de chaque professionnel et leur coordination (diét Lux)
- Développer plus d'interactions entre les spécialités professionnels exerçant en diabétologie par les staffs pluridisciplinaires, les échanges et un langage commun (infi lux)
- L'éducation doit être coordonnée et faite par le personnel infirmier (infi Lux)
- Travailler en équipe (MG GN8 Lor)
- Approche pluridisciplinaire et partage et synergie (MG GN7 Lor)
- Réseau, organisation et pluridisciplinarité : accessibilité aux soins et cohérence (MG GN6 Lor)
  - Créer des filières médico-sportives : objectifs clairs & adaptés
  - Améliorer le parcours de la chirurgie bariatrique (incohérence au niveau de la chaîne)
  - Essayer d'animer une équipe pluridisciplinaire de proximité (diététicienne, psychologue ...)
  - Cohérence des propositions des différents intervenants : gains de santé argumentés, objectifs raisonnables (dossier partagé)
- Développer & favoriser la pluridisciplinarité (diét GN5 Lor)
  - Avoir plus de liens avec les acteurs de proximité
  - Démédicaliser la prise en charge pour le patient
  - Dossier partagé entre les acteurs de la prise en charge
  - Créer des liens avec les professionnels du sport de proximité (travail sur les représentations)
  - Collaboration entre hôpital-ville à long terme
  - Avoir un discours commun avec le médecin
  - Travail sur les représentations de la diététique pour les médecins
  - Se rencontrer entre professionnels de santé
  - Connaître les missions des acteurs de santé et les ressources de proximité pour la prise en charge de l'obésité

- Favoriser l'approche pluridisciplinaire
- Réseaux pour l'obésité ?
- Savoir utiliser des outils communs

### 3.3 Formations multidisciplinaires

- Formation multidisciplinaire (médecins généralistes, diabétologues, nutritionnistes, podologues,...) (infi 1 Lg)
- Formation pluridisciplinaire (MG, infi, psy, kiné, prof de gym, endocrinologue, assistante sociale, accueillante, dentiste, podologue, physiothérapeute) (diét Lg)
- Avoir une formation par un nutritionniste (MG 1 Lg)
- Formation complémentaire en nutrition pour les médecins (diab 1 Lg)
- Besoin et accès à la formation (diét GN5 Lor)
  - Accès à la formation
  - Etre former aux techniques de communication : entretien individuel, motivationnel ou animations de groupe
  - Formation à l'ETP
  - Formation en psychologie, hypnose pour une approche autre que nutritionnelle
- Compétences pour le médecin : stages de cuisine (MG GN8 Lor)

## 4. Aspects réglementaires et organisationnels

- Pouvoir disposer des structures adéquates dans le milieu de vie (habitudes alimentaires, activité physique, podologie) (infi 2 Lg)
- Fréquence des visites non réglementée (à la demande du patient et/ou du professionnel) (infi 1 Lg)
- Faciliter la référence à un psy dans le cadre réglementaire du "trajet de soins" (remboursement des consultations) (infi 1 Lg)
- Meilleur remboursement des patients car consultations longues (diét Lg)
- Pouvoir les voir et les suivre régulièrement pour voir comment évolue la situation (pour faire des rappels). Rendre plus logique l'éducation/faire intégrer des habitudes plus vite/faire développer des habitudes (chez les soignants). Obligation par le politique de recevoir une éducation dès le diagnostic. Suivi systématique avec évaluation régulière (infi 2 Lg) *Note : Faire que l'éducation soit + systématique dans la prise en charge du diabète dès le début et quand cela déraile. En faire une habitude chez les soignants*
- Valoriser financièrement l'éducation des diabétiques (infi 2 Lg)
- Permettre des hospitalisations de jour (sortir du carcan d'une hospitalisation) pour initier la prise en charge du patient (diab 1 Lg)
- Soutien à l'activité physique (ex: accès plus facile aux salles de sport) (diab 1 Lg)
- En premier lieu bien dissocier les divers intérêts financiers issus de conventions et autres alibi utilisés par l'AMI (diab 2 Lg)
- Remboursement des frais diététiques, des soins de pédicures et des consultations de psychologie (infi Lux)
- Mettre en place un système liant le patient à des visites régulières de type contrat ou charte ou convention (infi Lux)
- Le projet doit être porté par les autorités au niveau de la communication, du financement, et de la sensibilisation (infi Lux)
- Rencontre du patient : accueillir dans un lieu privilégié, qualité de l'environnement de soins (infi GN2 Lor)

## 5. Formation à la maladie (aspects biologiques et médicamenteux)

### 5.1 Sur les traitements

- Formation continue sur les traitements (infi 1 Lg)
- Une information complète sur les différentes techniques chirurgicales pour le MG (MG 1 Lg)
- Gérer schéma insuline par rapport aux habitudes de vie (doses, sortes d'insuline)/  
Connaissance des nouvelles molécules, retrait de molécules (MG 2 Lg)
- Formation sur le pied diabétique/plaies (MG 2 Lg)
- Développer la compétence pompe à insuline en sous-cutané (diab 2 Lg)

### 5.2 Sur les mesures biologiques

- Formation à l'impédancemétrie et à la mesure du pli cutané (diét Lg)
- redéfinir le seuil de l'obésité (MG 1 Lg) *note: savoir quand un régime suffit ou quand le pathologique est tel qu'il faut de la chirurgie*

### 5.3 Formation théorique

- Connaître problèmes endocriniens des enfants et ados (MG 1 Lg)
- Information sur les ados diabétiques (MG 2 Lg)
- Procéder à une mise à jour régulière des connaissances théoriques (plus de temps et de reconnaissance) (infi 2 Lg) *Note : idée aussi d'avoir du temps pour le faire*
- Formation médicale de base à l'Université sur la gestion d'une pathologie chronique (diab 1 Lg)
- définir sur le plan national ou interrégional un guide de bonnes pratiques pour la prise en charge du patient diabétique ou obèse par groupes de patients (Ados, Personnes âgées) (diét Lux)
- Faire de la formation continue pour les professionnels (infi Lux)
- Avoir de bonnes connaissances de départ sur la pathologie pour être spécialisée et pouvoir discuter les prises en charge thérapeutiques (infi Lux)
- Connaître la maladie, savoir en parler et adapter sa prise en charge (diét GN5 Lor)
  - Evaluer le seuil limite de la perte pondérale
  - Intervenir en plusieurs temps
  - Assurer un suivi à long terme
  - Travailler sur les idées reçues des professionnels de santé
  - Evaluer et adapter sa prise en charge à la précarité
  - A quel moment et comment parler de la chirurgie bariatrique
  - Encourager les pertes de poids raisonnables (5 à 10 %)
  - Savoir détecter les troubles du comportement alimentaire
  - Compétences pour sortir des addictions
  - Comment aborder les différentes formes d'obésité tout en tenant compte des co-morbidités
  - Comment expliquer et parler de la maladie au patient
  - Compétences d'expression orale, de communication et d'animation de groupe
- Bonnes pratiques professionnelles (EBM, preuves) (MG GN7 Lor)
  - Proposer un descriptif des conduites validées scientifiquement et leur expliquer individuellement ou en groupe
  - Bilan des co-morbidités : existe-t-il des complications connues de l'obésité ?
- Compétences médicales : jouer son rôle (MG GN6 Lor)

- Etre sur d'éliminer une cause organique, éliminer autres étiologies
- Avoir une meilleure connaissance des aliments et des boissons
- Evaluation du risque cardio-vasculaire et aptitudes sportives (EFR, test effort)

## **6. Intervention au niveau sociétal**

### ***6.1 Lutter contre les publicités***

- Réduire la publicité pour les aliments sucrés (infi 1 Lg)
- Meilleur contrôle par les autorités des publicités "trompeuses" (diét Lg)

### ***6.2 Informer le grand public***

- Ne plus avoir de patients diabétiques (infi 2 Lg)
- Changer le regard de la société sur les diabétiques (en informant sur la maladie, en montrant ceux qui s'en sortent bien comme les sportifs) à l'aide des médias (infi 1 Lg)
- Information sur la maladie à la télévision (RTL) K. Rondia (MG 2 Lg)
- Témoignages de gens connus (MG 2 Lg)
- Sensibiliser les milieux de travail, les écoles (les collectivités) à l'alimentation (diab 1 Lg)
- **Faire des journées de prévention et des journées de sensibilisation thématiques pour patients et population générale (infi Lux)**

## Bibliographie

1. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH (eds.): **Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes**. Glenview, Ill.: Scott, Foresman; 1975.
2. Van de Ven AH, Delbecq AL: **The nominal group as a research instrument for exploratory health studies**. *Am J Public Health* 1972, **62**(3):337-342.
3. Letrilliart L, Vanmeerbeek M: **A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?** *Exercer* 2011, **99**:170-177.
4. Abric J-C: **Pratiques sociales et représentations**: Presses Universitaires de France - PUF; 2011.