



## ANNEXE 3

### RECUEIL DES DONNÉES

#### 1. ORIGINE ET NATURE DES DONNÉES NOMINATIVES RECUEILLIES

##### 2. DOSSIERS

- ✓ Lettre d'information patient
- ✓ Lettre d'information médecin
- ✓ Autorisation de contacter le médecin traitant
- ✓ Questionnaire patient
- ✓ Questionnaire patient simplifié
- ✓ Questionnaire médecin



## 1. ORIGINE ET NATURE DES DONNEES NOMINATIVES RECUEILLIES ET JUSTIFICATION DU RECOURS A CELLES-CI

Les données nominatives qui ont été recueillies au cours de l'étude Entred comprenaient :

- Les noms et adresses des patients fournis par la CnamTS et qui étaient indispensables à l'envoi des questionnaires aux patients. Un numéro d'anonymat à 5 chiffres était établi par le médecin de la CnamTS à l'aide d'une valeur aléatoire, ne dépendant d'aucune des autres variables du fichier. Cette liste était confiée et remise en mains propres au médecin chef de projet par le biais d'une disquette ou d'un CD-Rom gardé sous coffre et lisibles à partir d'un ordinateur sans accès extérieur. Ce numéro figurait seul sur les questionnaires. La table de correspondance entre le numéro d'anonymat et les noms était gardée sous coffre. Lors de la constitution des bases de données d'analyse, seul le numéro d'anonymat était utilisé.

Les données indirectement nominatives comprenaient :

- Les jours / mois / année de naissance et sexe du patient fournis indépendamment par la CnamTS (requête Siam), le patient (questionnaire) et le médecin (questionnaire). Ils étaient indispensables à la vérification d'une bonne identification par le croisement de ces trois sources majeures de données. L'année de naissance était également nécessaire pour connaître l'âge au diagnostic du diabète. Le sexe était une variable importante d'analyse. La date exacte de naissance était supprimée du fichier d'analyse et remplacée par l'âge arrondi.
- Le lieu de naissance fourni par le patient (questionnaire). Il était nécessaire à l'étude ultérieure de la mortalité mais était supprimé de la base de données d'analyse.
- Le n° Finess identifiant le lieu d'hospitalisation, fourni par la CnamTS. Il était indispensable à l'enquête auprès des hôpitaux afin d'obtenir des informations complémentaires. En effet, les hospitalisations étaient un des critères importants d'évaluation de l'étude et des réseaux diabète. De plus les comptes rendus d'hospitalisation permettaient de connaître un certain nombre de paramètres liés à l'état de santé des patients, qui étaient généralement mesurés au cours d'une hospitalisation (cholestérolémie, HbA1c, etc.).

Les lettres d'information au patient et au médecin précisaient en particulier la confidentialité de l'étude, le droit d'accès et de rectification et l'origine du tirage au sort, et comportaient les logos des différents partenaires, dont la CnamTS, aux termes de l'article 40-5 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.



## 2. DOSSIERS



**ENTRED**, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

Le 15 mars 2002

*Madame, Monsieur,*

*Le diabète est une maladie qui touche 2 millions de personnes en France.*

*Cette année, avec le soutien de l'Association française des diabétiques, la **première enquête nationale sur le diabète** baptisée **ENTRED** (Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques) est lancée.*

*Parmi toutes les personnes diabétiques affiliées au régime général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, **vous avez été tiré(e) au sort ainsi que 10 000 autres personnes pour participer à cette enquête nationale.** Un questionnaire va vous être envoyé par la poste très prochainement.*

*Vos réponses à cette enquête seront confidentielles et permettront d'apporter des renseignements concrets sur les questions que se posent actuellement, en France, les organismes gouvernementaux, sociaux et médicaux :*

*Quel est votre état de santé actuel ?*

*Quelles sont les répercussions du diabète sur votre vie de tous les jours ?*

*Quels sont vos besoins vis à vis de votre maladie ?*

*Quels problèmes rencontrez-vous ?*

*Comment êtes-vous soigné(e) ?*

*Grâce à votre participation, nous pourrons, ensemble, améliorer vos soins et votre qualité de vie. Cette étude ne peut se faire qu'avec votre aide. C'est pourquoi nous comptons sur vous pour **remplir attentivement le questionnaire que vous recevrez très prochainement dans votre boîte aux lettres.***

*Au dos de cette feuille, vous trouverez des informations complémentaires sur le déroulement de l'étude et les partenaires de santé qui l'animent. ENTRED tient également à votre disposition un numéro de téléphone pour répondre à vos questions : **01 41 79 69 41**, ainsi qu'un site web que vous pouvez consulter (<http://www.invs.sante.fr/entred>) et une adresse électronique ([entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)).*

*D'avance, l'Association française des diabétiques et le comité scientifique d'ENTRED vous remercient vivement de votre participation à cette enquête.*

Madame Patricia Preiss

Directeur de l'Association Française des Diabétiques



**ENTRED**, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

Le 22 mars 2002

*Madame, Monsieur,*

*Le diabète est une maladie qui touche 2 millions de personnes en France. De nombreuses études ont montré que l'on pouvait retarder ou même empêcher la survenue des atteintes du diabète au niveau du cœur, des reins, des yeux, des nerfs. Pourtant, en France, nous ne savons toujours pas quel est l'état de santé de l'ensemble des personnes diabétiques. Nous ne connaissons pas leurs besoins, la façon dont ces personnes sont traitées, dont elles prennent en charge leur maladie et enfin la façon dont elles vivent.*

*Voilà donc pourquoi l'Association Française des Diabétiques (AFD) et l'Association Nationale de Coordination des REseaux de soins aux Diabétiques (ANCREDE) avec d'autres partenaires, ont décidé de conduire une **étude nationale sur la santé des personnes diabétiques** baptisée **ENTRED** (Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques).*

***Cette étude ne peut se faire qu'avec votre aide. C'est pourquoi, si vous êtes vous-même diabétique et âgé(e) de plus de 18 ans, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui porte sur votre santé. Mais pour que l'étude soit complète, les informations que vous avez accepté de nous transmettre doivent être enrichies de celles que pourraient nous fournir votre médecin, et si nécessaire, les hôpitaux où vous avez été hospitalisé(e). Aussi, nous vous serions reconnaissants de nous donner leurs coordonnées et l'autorisation de les contacter en utilisant le formulaire joint. Enfin, l'Assurance maladie a accepté de nous transmettre pendant trois ans les données qu'elle détient.***

*Nous avons pris toutes les précautions pour garantir la totale confidentialité des données et reçu de ce fait l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le fichier nominatif des personnes ayant répondu à l'étude sera gardé dans une armoire forte sous la responsabilité du médecin responsable de l'étude. Les noms et adresses seront systématiquement supprimés du fichier d'analyse. Vous possédez un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en vous adressant directement au médecin chargé de l'enquête. **En complétant ce questionnaire avec précision et en le renvoyant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe, vous contribuerez de façon significative à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes diabétiques.***

*Je vous remercie vivement pour votre participation à cet effort national et reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.*

*Au nom du comité scientifique d'ENTRED  
Docteur Anne Fagot-Campagna  
Endocrinologue, Epidémiologiste*



**ENTRED**, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

Le 15 avril 2002

*Cher(ère) confrère,*

*Près de deux millions de personnes diabétiques vivent en France. De nombreuses études ont montré que l'on pouvait retarder ou même empêcher la survenue des atteintes cardiovasculaires, ophtalmologiques, rénales et neurologiques du diabète. Pourtant, en France, nous ne savons toujours pas quel est l'état de santé de l'ensemble des personnes diabétiques. Connaître ces informations serait nécessaire à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes diabétiques. De plus, de nombreuses initiatives, dont la création de réseaux de soins, ont lieu actuellement afin d'améliorer les soins délivrés aux personnes diabétiques, et il est important que ces initiatives soient évaluées.*

*Voilà donc pourquoi l'Association Française des Diabétiques (AFD) et l'Association Nationale de Coordination des REseaux Diabète (ANCRED), avec le concours d'autres partenaires, ont décidé de conduire une **étude nationale sur la santé des personnes diabétiques** baptisée **ENTRED** (Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques).*

***L'un(e) des patients tiré(e) au sort pour la participation de cette étude est suivi(e) par vous pour son diabète et nous a donné l'autorisation (ci-jointe) de vous contacter afin de recueillir de plus amples informations à son sujet. Nous vous demandons de remplir avec précision un questionnaire en deux parties, dont l'une s'intéresse à la santé de votre patient(e) et l'autre aux problèmes que vous pouvez rencontrer lors de votre délivrance de soins aux patients diabétiques. Sans votre participation, cette enquête ne peut se faire.***

*Les informations que vous nous communiquerez seront traitées confidentiellement et votre patient(e) n'aura pas connaissance de vos réponses aux questionnaires. Ces informations donneront lieu à un fichier informatique sur lequel ni votre nom, ni votre adresse, ni ceux de votre patient ne figureront. Cette enquête a reçu l'avis favorable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Vous possédez un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en vous adressant directement au médecin chargé de l'enquête.*

*En renvoyant ce questionnaire complet ainsi que l'autorisation d'utiliser les données vous concernant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe, vous offrirez une contribution significative à l'amélioration de la délivrance des soins aux patients diabétiques. Je vous remercie vivement pour votre participation à cet effort national et reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Veuillez recevoir, cher(ère) confrère, mes salutations distinguées.*

Au nom du comité scientifique d'ENTRED  
Docteur Anne Fagot-Campagna  
Endocrinologue, Epidémiologiste



## Informations sur l'étude ENTRED

### Comment a-t-on obtenu vos coordonnées ?

Suite à l'avis favorable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), un échantillon de 10.000 personnes ayant été remboursées d'une prescription de médicaments antidiabétiques oraux ou d'insuline a été tiré au sort. Vos coordonnées, ainsi que les remboursements de soins dont vous bénéficiez, nous ont été transmis en toute confidentialité par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).



### L'objectif de l'enquête



Cette enquête cherche à décrire l'état de santé et les soins reçus par les personnes adultes et diabétiques vivant en France.

Les résultats serviront à informer les personnes diabétiques, les médecins, et les décideurs (ministères, branches professionnelles, régions) sur l'état de santé des personnes diabétiques, afin d'aider à une meilleure connaissance des soins nécessaires et à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes diabétiques. Ces résultats serviront également à évaluer les réseaux de soins aux patients diabétiques qui se créent actuellement.



### Une enquête par questionnaire



Il est important que vous répondiez à TOUTES les questions qui figurent sur les trois parties du questionnaire. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas. Ce travail devrait vous prendre moins d'une heure. Si vous nous renvoyez un compte rendu d'hospitalisation, veuillez en effacer votre nom et le remplacer par votre numéro de dossier confidentiel qui se trouve sur la première page du questionnaire.

### Les données sont confidentielles

Vos réponses aux questionnaires sont couvertes par le secret médical et le secret statistique et ne donneront lieu qu'à des exploitations anonymes. Lors de l'étude, les noms et adresses sont systématiquement supprimés du fichier de l'enquête.



### Et vous ?

Nous vous informerons des résultats de l'enquête par courrier dès 2003. Vous pouvez également visiter notre site Internet périodiquement : <http://www.invs.sante.fr/entred>. Vous y trouverez tous les mois des informations sur les progrès de l'enquête, et plus tard, sur ses résultats.

### Les partenaires

**ANCREd**  
Association Nationale  
de Coordination des REseaux  
de soins aux Diabétiques



L'enquête ENTRED a reçu le label n°901236 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Cette enquête n'a pas de caractère obligatoire. Les questionnaires sont confidentiels et destinés à l'ANCREd. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé en vous adressant directement auprès du médecin chargé de l'enquête.



**ENTRED, Echantillon National Témoin REprésentatif des Personnes Diabétiques**  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tel : 01.41.79.69.41 – Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

## Autorisation de contacter votre médecin

Pour que l'étude soit complète, et si vous le voulez bien, nous avons besoin de demander des renseignements cliniques ou biologiques concernant votre santé au médecin qui s'occupe habituellement de votre diabète.

Nous avons également besoin de contacter les services hospitaliers où vous avez été hospitalisé(e) en 2001, ceci afin d'obtenir le ou les compte rendus d'hospitalisation.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette autorisation et de **nous retourner les 2 feuillets avec le questionnaire dans l'enveloppe T jointe** (pas besoin d'affranchir).

---

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur : .....

**Autorise le médecin responsable de l'étude ENTRED à contacter mon médecin le Docteur**

Nom - prénom : Dr .....

Adresse : .....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....

N° de téléphone du cabinet : .....

**pour lui demander des renseignements extraits de mon dossier médical, et j'autorise mon médecin à lui communiquer ces données.**

**J'autorise également le médecin responsable de l'étude ENTRED à contacter le médecin chef de service des hôpitaux dans lesquels j'ai été hospitalisé(e) pendant l'année 2001, et j'autorise le médecin chef de service à lui remettre une copie de(s) compte-rendu(s) d'hospitalisation de l'année 2001 me concernant.**

Cette autorisation ne décharge en rien les médecins responsables de l'étude de l'obligation du secret médical. Les données me concernant ne pourront être saisies et traitées sur informatique qu'à la condition de respecter mon anonymat. Les médecins qui me soignent n'auront pas accès à ces données. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès du médecin coordinateur de l'étude. Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à ce coordinateur.

Date : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 2 0 0 1 0 2

Nom

Prénom

SIGNATURE

.....

---

Exemplaire ENTRED à renvoyer par le patient



**ENTRED, Echantillon National Témoin REprésentatif des Personnes Diabétiques**  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tel : 01.41.79.69.41 – Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

## Autorisation de contacter votre médecin

Pour que l'étude soit complète, et si vous le voulez bien, nous avons besoin de demander des renseignements cliniques ou biologiques concernant votre santé au médecin qui s'occupe habituellement de votre diabète.

Nous avons également besoin de contacter les services hospitaliers où vous avez été hospitalisé(e) en 2001, ceci afin d'obtenir le ou les compte rendus d'hospitalisation.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette autorisation et de **nous retourner les 2 feuillets avec le questionnaire dans l'enveloppe T jointe** (pas besoin d'affranchir).

---

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur : .....

**Autorise le médecin responsable de l'étude ENTRED à contacter mon médecin le Docteur**

Nom - prénom : Dr .....

Adresse : .....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....

N° de téléphone du cabinet : .....

**pour lui demander des renseignements extraits de mon dossier médical, et j'autorise mon médecin à lui communiquer ces données.**

**J'autorise également le médecin responsable de l'étude ENTRED à contacter le médecin chef de service des hôpitaux dans lesquels j'ai été hospitalisé(e) pendant l'année 2001, et j'autorise le médecin chef de service à lui remettre une copie de(s) compte-rendu(s) d'hospitalisation de l'année 2001 me concernant.**

Cette autorisation ne décharge en rien les médecins responsables de l'étude de l'obligation du secret médical. Les données me concernant ne pourront être saisies et traitées sur informatique qu'à la condition de respecter mon anonymat. Les médecins qui me soignent n'auront pas accès à ces données. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès du médecin coordinateur de l'étude. Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à ce coordinateur.

Date : [ ] [ ] [ ] [ ] | 2 0 0 2 |

Nom

Prénom

SIGNATURE

.....

---

Exemplaire médecin à renvoyer par le patient



**ENTRED**, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

## DOSSIER PATIENT

Un médecin vous a-t-il dit que vous êtes diabétique ?

- 1 Oui  
 2 Non

Avez-vous plus de 18 ans ?

- 1 Oui  
 2 Non

*Si vous n'êtes pas diabétique, ou si vous avez moins de 18 ans, ne remplissez pas la suite de ce dossier mais retournez le dans l'enveloppe T ci-jointe (sans l'affranchir).*

*Si vous êtes diabétique et avez plus de 18 ans, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier avant de le retourner.*

### 1. Questionnaire ENTRED général

#### A propos de ces questions

Remplir l'ensemble du dossier devrait prendre moins d'1 heure. Si vous rencontrez des difficultés, n'hésitez pas à vous faire aider par un membre de la famille ou un(e) ami(e).

Ce premier questionnaire vous concerne, vous et votre santé, principalement au cours de l'année 2001.

Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.



## Vous-même

- 1.1** Dans quel département vivez-vous actuellement ? Numéro : /...../..... /  
Si vous résidez en département ou territoire d'Outre-Mer, précisez lequel : .....
- 1.2** Quel est votre sexe ?  1 Homme  2 Femme
- 1.3** Quelle est votre date de naissance ? /...../..... /...../..... /
- 1.4** Quel est votre lieu de naissance ?  
Commune de naissance : /...../..... /  
*En lettres capitales*  
Arrondissement de naissance : (pour Paris, Lyon, Marseille) /...../..... /  
Département de naissance /...../..... /  
Département ou territoire d'Outre-Mer, si vous êtes né(e) hors métropole : .....  
Pays, si vous êtes né(e) à l'étranger : .....
- 1.5** Vivez-vous seul(e) ?  1 Oui  2 Non
- 1.6** Vivez-vous en institution ? (par exemple en maison de retraite)  1 Oui  2 Non
- 1.7** Quel est votre niveau d'études ?  
 1 Certificat d'Études Primaires (CEP) ou moins  
 2 Brevet des Collèges (BEPC) ou niveau 3<sup>e</sup>  
 3 Brevet Professionnel (BEP) ou CAP  
 4 BAC, BAC Professionnel ou niveau BAC  
 5 BAC + 2 ou plus
- 1.8** Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?  
 1 En activité  
 2 Au chômage  
 3 Homme ou femme au foyer  
 4 A la retraite  
 5 Sans activité, précisez : .....
- 1.9** Quelle est votre activité professionnelle actuelle (ou votre dernière activité professionnelle) ?  
 1 Ouvrier non qualifié  
 2 Ouvrier qualifié  
 3 Employé (par exemple dans la fonction publique, policier, militaire, entreprise, commerce)  
 4 Professions intermédiaires (par exemple infirmier(ère), instituteur, clergé, technicien, contremaître)  
 5 Cadre ou profession intellectuelle supérieure  
 6 Agriculteur exploitant  
 7 Artisan, commerçant, chef d'entreprise  
 8 Jamais d'activité professionnelle



**1.10** Avez-vous dû modifier votre activité professionnelle à cause du diabète ?

- 1 Oui      **Si oui**, quelle(s) modification(s) a(ont) eu lieu ?
- 1 Travail à temps partiel
  - 2 Réorientation professionnelle
  - 3 Invalidité ou longue maladie
  - 4 Autre, précisez : .....
- 2 Non

**Votre diabète**

**1.11** Il y a combien d'années qu'un médecin vous a dit pour la première fois que vous aviez un diabète ? (mettez 0 si vous avez été diagnostiqué(e) au cours de l'année 2001)

/..... /..... / an(s)

**1.12** Au cours de quelles circonstances a-t-on découvert votre diabète ? (1 seule réponse)

- 1 Parce ce que vous aviez tout le temps soif, envie d'uriner et/ou maigri
- 2 Parce que vous aviez fait un malaise ou un coma
- 3 Parce que vous aviez un problème au niveau du cœur, des artères, des reins, des nerfs ou des yeux
- 4 Au cours ou après une grossesse
- 5 Sur une analyse de sang ou d'urine effectuée pour une autre raison ou en médecine du travail
- 6 Autre, précisez : .....

**1.13** Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par comprimés ?

- 1 Oui      **Si oui**, depuis combien d'années ? /..... /..... / an(s)
- 2 Non      (mettez 0 si vous l'êtes depuis 2001)

**1.14** Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par une ou plusieurs injections d'insuline ?

- 1 Oui      **Si oui**, depuis combien d'années ? /..... /..... / an(s)
- 2 Non      (mettez 0 si vous l'êtes depuis 2001)

**1.15** Quelle est votre taille ?

/..... /..... /..... / m

**1.16** Quel est votre poids ?

/..... /..... /..... / kg

**Votre famille**

**1.17** Parmi votre père, votre mère, vos frères ou vos sœurs, quelqu'un est-il ou a-t-il été diabétique ?

- 1 Oui       2 Non       3 Je ne sais pas

## Votre cœur et vos vaisseaux

**1.18** Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez fait un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine ?

- 1 Oui      **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 En 2002  
 2 En 2001  
 3 Avant 2001
- 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.19** Avez-vous eu une intervention sur les artères du cœur ?

(pontage coronarien ou angioplastie coronaire, pose d'un stent, ou encore dilatation coronaire)

- 1 Oui      **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 En 2002  
 2 En 2001  
 3 Avant 2001
- 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.20** Avez-vous eu un électrocardiogramme ? (enregistrement sur papier du rythme du cœur à l'aide de plusieurs capteurs placés sur la poitrine pendant quelques minutes)

- 1 Oui      **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 En 2002  
 2 En 2001  
 3 Avant 2001
- 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.21** Un médecin vous a-t-il dit que vous faisiez de l'hypertension artérielle ?

- 1 Oui      **Si oui, êtes-vous traité(e) par ... ?** (une seule réponse)
- 1 Médicaments  
 2 Régime seul  
 3 Pas de traitement
- 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.22** Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez trop de cholestérol ou de triglycérides (graisses) dans le sang ?

- 1 Oui      **Si oui, êtes-vous traité(e) par ... ?** (une seule réponse)
- 1 Médicaments  
 2 Régime seul  
 3 Pas de traitement
- 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.23 Fumez-vous de façon habituelle ?**

- 1 Oui Combien fumez-vous par jour de ... ? cigarettes /...../ ; pipes /...../ ;  
cigarillos ou cigares /...../
- Depuis combien d'années fumez-vous ? /...../ an(s)
- Votre médecin vous a-t-il recommandé d'arrêter ?  1 Oui  2 Non
- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?  1 Oui  2 Non
- 2 Non Avez-vous déjà fumé ?  1 Oui  2 Non
- Si oui :** Depuis combien d'années avez-vous arrêté ? /...../ an(s)

**1.24 Vous arrive-t-il de consommer des boissons alcoolisées ?** (vin, bière, alcool, ...)

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Au moins une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque

**1.25 Les jours où vous buvez des boissons alcoolisées, combien de verres consommez-vous ?** (1 verre de vin = 1 verre de bière = 1 verre d'alcool autre)

- 1 1 ou 2  2 3 ou 4  3 5 ou 6  4 7 à 9  5 10 ou plus

**Vos yeux**

**1.26 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez des problèmes aux yeux à cause de votre diabète ?**

- 1 Oui **Si oui, précisez quel(s) problème(s) :** .....
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**1.27 Avez-vous définitivement perdu la vue d'un œil ?**

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?**  1 En 2002  
(plusieurs réponses possibles)  2 En 2001  
 3 Avant 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**1.28 Un examen du fond d'œil nécessite d'instiller des gouttes dans les yeux pour dilater les pupilles, ce qui peut éblouir. Vous a-t-on déjà fait un fond d'œil ?**

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?**  1 En 2002  
(plusieurs réponses possibles)  2 En 2001  
 3 Avant 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**1.29 Avez-vous déjà reçu un traitement par laser pour vos yeux ?**

- 1 Oui **Si oui, était-ce ... ?**  1 En 2002  
(plusieurs réponses possibles)  2 En 2001  
 3 Avant 2001
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

## Vos pieds

**1.30** En 2001, combien de fois avez-vous consulté un professionnel des pieds (podologue ou pédicure) pour un problème lié ou non à votre diabète ?

/..... /..... / fois en 2001

**1.31** Avez-vous eu une plaie du pied ayant duré plus d'un mois (mal perforant plantaire) ?

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui            | <b>Si oui, était-ce ... ?</b><br>(plusieurs réponses possibles) | <input type="checkbox"/> 1 En 2002    |
| <input type="checkbox"/> 2 Non            |   | <input type="checkbox"/> 2 En 2001    |
| <input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas |   | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |

**1.32** Avez-vous été amputé(e) d'un doigt de pied, d'un pied ou d'une jambe ?

- |                                |   |                                       |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | <b>Si oui, était-ce ... ?</b><br>(plusieurs réponses possibles) | <input type="checkbox"/> 1 En 2002    |
|                                |   | <input type="checkbox"/> 2 En 2001    |
|                                |   | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |

**Précisez le niveau d'amputation :**

<input type="checkbox"/> 1	en dessous de la cheville
<input type="checkbox"/> 2	au dessus de la cheville

2 Non

**1.33** Au cours de l'année 2001, un médecin a-t-il examiné la sensibilité de vos plantes de pieds à l'aide d'un monofilament, qui ressemble à un petit bout de fil de pêche ?

- 1 Oui  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.34** Vérifiez-vous vous-même l'état de vos pieds ?

- |                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui | <b>Si oui, vérifiez-vous vos pieds ... ?</b> | <input type="checkbox"/> 1 Tous les jours ou presque     |
|                                |  | <input type="checkbox"/> 2 Au moins une fois par semaine |
|                                |  | <input type="checkbox"/> 3 Au moins une fois par mois    |
|                                |  | <input type="checkbox"/> 4 Moins d'une fois par mois     |
| <input type="checkbox"/> 2 Non |  |  |

## Vos reins

**1.35** Etes-vous actuellement en dialyse ?

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui            | <b>Si oui, avez-vous commencé la dialyse ... ?</b> | <input type="checkbox"/> 1 En 2002    |
|   |  | <input type="checkbox"/> 2 En 2001    |
|   |  | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |
| <input type="checkbox"/> 2 Non            |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas |  |                                       |

**1.36** Avez-vous eu une greffe rénale ?

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Oui            | <b>Si oui, la greffe rénale a eu lieu ... :</b> | <input type="checkbox"/> 1 En 2002    |
|   |   | <input type="checkbox"/> 2 En 2001    |
|   |   | <input type="checkbox"/> 3 Avant 2001 |
| <input type="checkbox"/> 2 Non            |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> 3 Je ne sais pas |   |                                       |

### Autres domaines

- 1.37** En 2001, faisiez-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques (associant votre médecin, des médecins spécialistes et des soignants paramédicaux) ?  
 1 Oui      Si oui, lequel ? Nom : .....  
 2 Non
- 1.38** En 2001, étiez-vous membre d'une association de diabétiques ?  
 1 Oui      Si oui, laquelle ? Nom : .....  
 2 Non
- 1.39** En 2001, avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?  
 1 Oui       2 Non       3 Je ne sais pas
- 1.40** Souffrez-vous d'autres maladies que le diabète ?  
 1 Oui      Si oui, lesquelles ? .....  
 .....  
 2 Non      .....
- 1.41** En 2001, avez-vous rencontré un psychiatre ou psychologue ?  
 1 Oui      Si oui, combien de fois ? /..... /..... / fois en 2001  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

### L'exercice physique, le poids et la diététique

- 1.42** Pratiquez-vous régulièrement à la maison, au travail ou dans vos loisirs une activité physique ?  
 (activités ménagères, jardinage, bricolage, marche, travaux de bâtiment ou de manœuvre, ou sport)  
 1 Oui       2 Non
- Si vous pratiquez une activité physique régulière, remplissez ce tableau :
- 1.43** Actuellement, combien d'heures par semaine pratiquez-vous régulièrement au travail, à la maison ou dans vos loisirs... ?

a) Une activité physique légère :	Nombre d'heures par semaine
– Activités ménagères habituelles (faire la vaisselle, balayer), jardinage et bricolage légers, travail à la chaîne...	/..... /..... / heures
– Promenade ou déplacement à pied (moins de 4 km/h) ou à bicyclette (moins de 9 km/h), gymnastique douce ...	/..... /..... / heures
b) Une activité physique modérée ou soutenue :	
– Activités ménagères plus intenses (cirer le parquet, laver les sols), laver une voiture, travaux de bricolage et de jardinage plus lourds, travaux de bâtiment ou de manœuvre ...	/..... /..... / heures
– Marche rapide (au delà de 4 km/h), randonnée en montagne, course, bicyclette (au delà de 9 km/h), natation, golf, tennis, danse, aérobic...	/..... /..... / heures



**1.44** Vous pesez-vous (ou bien êtes-vous pesé(e)) ?

- 1 Oui      **Si oui, vous pesez-vous ... ?**       1 Tous les jours ou presque  
 2 Non       2 Au moins une fois par semaine  
 3 Au moins une fois par mois  
 4 Moins d'une fois par mois

**1.45** Actuellement, estimez-vous que votre poids est ... ?

- 1 Stable     2 En augmentation     3 En diminution     4 Je ne sais pas

**1.46** Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un régime amaigrissant ?

- 1 Oui      **Si oui :**     1 Je l'ai arrêté  
 2 Non       2 Je l'applique toujours

**1.47** Votre médecin vous a-t-il demandé en 2001 de perdre du poids ?

- 1 Oui     2 Non

**1.48** Votre médecin vous a-t-il demandé en 2001 de faire de l'exercice physique ?

- 1 Oui     2 Non

**1.49** En 2001, avez-vous rencontré un(e) diététicien(ne) ?

- 1 Oui      **Si oui, combien de fois :** /..... /..... / fois en 2001  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.50** Vous a-t-on déjà donné par écrit un régime alimentaire ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?

- 1 Oui     2 Non

### ***L'auto-surveillance glycémique***

**1.51** On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie. C'est un petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevé au bout du doigt pour mesurer votre taux de sucre.

**Avez-vous cet appareil ?**

- 1 Oui      **Si oui, mesurez-vous votre taux de sucre (glycémie) avec cet appareil**  
(ou quelqu'un le fait-il pour vous) ?  
 1 Oui    **Combien de fois par semaine ?** /..... /..... / fois / semaine  
 2 Non  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

**1.52** Au cours de l'année 2001, avez-vous fait une (des) hypoglycémie(s) sévère(s), c'est à dire au cours de laquelle (desquelles) vous avez eu besoin de l'aide d'une autre personne pour remonter votre taux de sucre ?

- 1 Oui      **Si oui, combien :** /..... /..... / hypoglycémie(s) en 2001  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

### Les examens biologiques

**1.53** Au cours de l'année 2001, a-t-on dosé par une prise de sang votre taux de cholestérol ou de triglycérides (graisses dans le sang) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**1.54** Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?

- 1 Oui      **Si oui**, connaissez-vous votre dernier résultat d'hémoglobine glyquée ?
  - 1 Oui
  - 2 Non
- 2 Non

### L'insuline

► Si vous n'êtes pas actuellement traité(e) par insuline, passez directement à la question 1.58

**1.55** Où le traitement par insuline a-t-il été débuté ?

- 1 A l'hôpital      **Si oui**, était-ce ... ?
  - 1 Au cours d'une hospitalisation de plusieurs jours
  - 2 En hôpital de jour (sans y dormir)
  - 3 En consultation à l'hôpital
- 2 Au cabinet d'un médecin
- 3 Chez moi

**1.56** Aujourd'hui, qui fait les injections d'insuline ?

- 1 Moi-même
- 2 Un(e) infirmier(ère)
- 3 Une autre personne, précisez : .....

**1.57** Vous arrive-t-il d'oublier de faire votre injection d'insuline ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Au moins une fois par semaine

### Les comprimés

► Si vous n'êtes pas actuellement traité(e) par comprimés, passez directement à la question 1.59

**1.58** Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos comprimés pour traiter le diabète ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Au moins une fois par mois
- 4 Au moins une fois par semaine

### Les hospitalisations au cours de l'année 2001

**1.59** Au cours de l'année 2001, avez-vous été hospitalisé(e), en rapport ou non avec votre diabète, même pour une journée ?

Oui     Non

**1.60** Si vous êtes allé(e) en hospitalisation complète ou de semaine en 2001, c'est-à-dire si vous avez dormi au moins une nuit à l'hôpital, en rapport ou non avec votre diabète, veuillez remplir le tableau ci-dessous (une ligne pour chaque hospitalisation).

	Date de début* d'hospitalisation	Date de fin* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Raison de l'hospitalisation
<i>Exemple hospitalisation</i>	<i>15/06/2001</i>	<i>28/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Infarctus du myocarde</i>
1 <sup>ère</sup> hospitalisation en 2001	/.../.../2001	/.../.../.../.../.../				
2 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001	/.../.../.../.../.../				
3 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001	/.../.../.../.../.../				
4 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001	/.../.../.../.../.../				

**1.61** Si vous êtes allé(é) en hospitalisation de jour en 2001, c'est-à-dire sans dormir à l'hôpital, en rapport ou non avec votre diabète, veuillez remplir le tableau ci-dessous (une ligne pour chaque hospitalisation)

	Date* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Raison de l'hospitalisation
<i>Exemple hospitalisation</i>	<i>15/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Diabétologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Soin compliqué des pieds</i>
1 <sup>ère</sup> hospitalisation	/.../.../2001				
2 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001				
3 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001				
4 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001				

\* Si vous ne vous rappelez pas des dates exactes, indiquez au moins le mois.

**Pouvez-vous faire une photocopie de(s) compte-rendu(s) d'hospitalisation de l'année 2001, si vous en disposez ?**

**Cette photocopie serait très utile à l'étude.**

**Nous vous remercions de bien vouloir masquer votre nom sur ce(s) compte-rendu(s) et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du questionnaire.**



## 2. Questionnaire ENTRED de satisfaction

### A propos de ces questions

Ces questions concernent votre **satisfaction des soins reçus**.

**Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question.** Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.

## Le diabète

**2.1** Etes-vous satisfait(e) de votre taux de glycémie ? (taux de sucre dans le sang)

- 1 Tout à fait     2 Plutôt     3 Pas vraiment     4 Pas du tout

**2.2** Pensez-vous avoir bien compris la manière de prendre vos comprimés pour le diabète ou votre insuline ?

- 1 Tout à fait     2 Plutôt     3 Pas vraiment     4 Pas du tout

**2.3** Trouvez-vous facile de prendre tous les jours vos médicaments pour le diabète ou votre insuline ?

- 1 Tout à fait     2 Plutôt     3 Pas vraiment     4 Pas du tout

**2.4** Pensez-vous avoir bien compris le régime alimentaire ou les conseils pour votre alimentation donnés à cause du diabète ?

- 1 Tout à fait     2 Plutôt     3 Pas vraiment     4 Pas du tout

**2.5** Trouvez-vous facile de suivre tous les jours le régime alimentaire ou les conseils pour votre alimentation donnés à cause du diabète ?

- 1 Tout à fait     2 Plutôt     3 Pas vraiment     4 Pas du tout

**2.6** Qui vous a fourni de l'information sur ... ? (plusieurs réponses possibles)

	Médecins	Infirmier(ère), Diététicien(ne)...	Télévision, journaux...	Personne
a. Auto-surveillance glycémique (taux de sucre dans le sang mesuré à la maison)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Hémoglobine glyquée ou HbA1c	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Complications du diabète (sur les yeux, le cœur, les reins, les nerfs)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Régime alimentaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Exercice physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. Insuline ou médicaments à prendre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. Effets indésirables des médicaments	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**2.7** Quel est pour vous le principal sujet à propos duquel vous souhaiteriez être plus informé(e) ? (une seule réponse)

- 1 l'auto-surveillance glycémique (taux de sucre dans le sang mesuré à la maison)  
 2 l'hémoglobine glyquée ou HbA1c  
 3 les complications du diabète (sur les yeux, le cœur, les reins, les nerfs)  
 4 le régime alimentaire  
 5 l'exercice physique  
 6 l'insuline ou les médicaments à prendre  
 7 les effets indésirables des médicaments  
 8 autre, précisez .....

9 je ne souhaite pas recevoir d'information supplémentaire

**2.8 Avez-vous reçu une formation à propos du diabète au cours de l'année 2001 ?**

- 1 OUI **Si oui, était-ce ... ?** (plusieurs réponses possibles)
- Au cours d'une hospitalisation :  1 Seul(e)  
 2 Formation en groupe
- En dehors d'une hospitalisation :  3 Avec un médecin  
 4 Avec un(e) infirmier(ère) ou diététicien(ne)  
 5 Autre, précisez : .....
- 2 NON

**Les soignants**

**2.9 Lorsque vous avez un problème à propos du diabète, contactez-vous votre médecin ... ?**

- 1 Très facilement  2 Plutôt facilement  3 Plutôt difficilement  4 Très difficilement

**2.10 Lorsque vous voyez votre médecin, diriez-vous que le temps qu'il vous consacre est suffisant ?**

- 1 Tout à fait  2 Plutôt  3 Pas vraiment  4 Pas du tout

**2.11 Lorsque vous voyez votre médecin, diriez-vous que vous recevez des conseils utiles ?**

- 1 Tout à fait  2 Plutôt  3 Pas vraiment  4 Pas du tout

**2.12 Lorsque vous voyez votre médecin, diriez-vous que vous pouvez aborder les problèmes qui vous préoccupent ?**

- 1 Tout à fait  2 Plutôt  3 Pas vraiment  4 Pas du tout

**2.13 Si vous deviez donner une note entre 00 (pas du tout satisfait) et 10 (très satisfait) sur la façon dont votre diabète est pris en charge par l'ensemble des médecins, infirmiers(ères), diététiciens(nes), pharmaciens(nes), podologues ..., quelle serait-elle ?**

/..... /..... /

**Le prix des soins**

**2.14 En 2001, avez-vous renoncé à certains services en rapport avec le diabète à cause du prix de ces soins ?**

- 1 OUI **Si oui, à quel(s) service(s) en rapport avec le diabète avez-vous dû renoncer ?** (plusieurs réponses possibles)
- 1 Consultation avec un médecin  
 2 Consultation avec un(e) diététicien(ne)  
 3 Soins infirmiers  
 4 Soins de pédicure ou podologie (soins des pieds)  
 5 Soins dentaires  
 6 Matériel d'autosurveillance glycémique (mesure du taux de sucre à la maison)  
 7 Analyses de sang ou autres examens (radiologie...)  
 8 Transports (pour une consultation, des examens, une hospitalisation...)
- 2 NON





### 3. Questionnaire ENTRED de qualité de vie

#### A propos de ces questions

Ce questionnaire porte sur **votre santé, telle que vous la ressentez**. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en **entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie**. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, veuillez choisir la réponse la plus proche de votre situation.



**3.1** Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

**3.2** Par rapport aux personnes de votre âge, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que le leur	1
Plutôt meilleur	2
A peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

### **DHP 1 - Diabetes Health profile**

**3.3** Vous faites-vous du mal ou avez-vous envie de vous faire du mal quand vous êtes contrarié(e) ? (entourez la réponse de votre choix)

Jamais	Quelquefois	Habituellement	Toujours
1	2	3	4

**3.4** Souhaitez-vous que votre diabète disparaisse quand vous ne savez plus où donner de la tête ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.5** Vous mettez-vous en colère si quelqu'un vous harcèle à propos de votre auto-surveillance glycémique ou de votre régime ?

Jamais	Quelquefois	Habituellement	Toujours
1	2	3	4

**3.6** A cause de votre diabète, pleurez-vous ou avez-vous envie de pleurer ?

Jamais	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

**3.7** Trouvez-vous que vous vous mettez en colère pour des petits riens ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.8** Etes-vous susceptible ou de mauvaise humeur à propos du diabète ?

Jamais	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

**3.9** Est-ce que votre diabète arrive à vous déprimer ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.10** Le fait de souhaiter être mort vous effleure-t-il l'esprit ?

Jamais	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

**3.11** Auriez-vous aimé ne jamais être né(e) ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.12** Est-ce que votre diabète vous fait mettre en colère ou crier ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.13** Etes-vous tourné(e) vers l'avenir ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
1	2	3	4

**3.14** Evitez-vous de sortir si vos glycémies sont basses ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.15** Y a-t-il plus de disputes ou de bouleversements à la maison qu'il n'y en aurait si vous n'aviez pas de diabète ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
1	2	3	4

**3.16** Envoyez-vous balader les choses si vous êtes contrarié(e) ou si vous vous mettez en colère ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.17** Avez-vous peur de vous surmener et de vous mettre en hypoglycémie ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.18** Est-ce que la nourriture "gouverne" votre vie ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.19** Evitez-vous d'aller trop loin tout(e) seul(e) par crainte de faire une hypoglycémie ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.20** Avez-vous des maux de tête (dus à la tension nerveuse) ?

Très souvent	Souvent	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.21** Etes-vous à cran quand vous sortez et qu'il n'y a nulle part où manger ?

Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup
1	2	3	4

**3.22** Vous tracassez-vous à l'idée de faire un coma diabétique ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

**3.23** Avez-vous une peur tenace des hypoglycémies ?

Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beaucoup
1	2	3	4

**3.24** A cause de votre diabète vous tracassez-vous à l'idée d'attraper des rhumes ou des gripes ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

**3.25** Trouvez-vous effrayant ou inquiétant d'entrer dans des magasins animés ou bondés ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

**3.26** Souhaitez-vous qu'il n'y ait pas autant de bonnes choses à manger ?

Enormément	Beaucoup	Un peu	Pas beaucoup
1	2	3	4

**3.27** Risquez-vous de faire un extra alimentaire quand vous vous ennuyez ou quand vous en avez marre ?

Très probable	Peu probable	Pas très probable	Pas du tout probable
1	2	3	4

**3.28** Quand vous commencez à manger trouvez-vous qu'il soit facile d'arrêter ?

Très facile	Peu facile	Pas très facile	Pas facile du tout
1	2	3	4

**3.29** Avez-vous des difficultés à suivre votre régime parce que vous mangez pour vous remonter le moral ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.30** Avez-vous des difficultés à suivre votre régime parce que vous trouvez dur de renoncer à la nourriture que vous aimez ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.31** Avoir un diabète signifie-t-il que vos journées sont régulées par vos heures de repas ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.32** Avoir un diabète signifie-t-il qu'il est difficile de faire les choses au moment où vous le voulez ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4



**3.33** Avoir un diabète signifie-t-il que vous devez planifier vos journées autour de vos injections ? (ne répondez que si vous êtes traité(e) par insuline)

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.34** Avoir un diabète signifie-t-il qu'il est difficile de sortir tard ?

Toujours	Habituellement	Quelquefois	Jamais
1	2	3	4

**3.35** Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?

- 1 Seul(e)
- 2 Avec l'aide de quelqu'un, précisez :
- 1 Membre de la famille
  - 2 Ami(e)
  - 3 Infirmier(ère) ou aide
  - 4 Autre, précisez : .....

**3.36** A quelle date avez-vous fini de remplir ce questionnaire ?

J'ai terminé de remplir ce questionnaire le : /.../.../.../

Le dossier est terminé. **Pouvez-vous vous assurer qu'il est complet ?**

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions. Si vous le souhaitez, vous pouvez faire quelques commentaires.

.....

.....

.....

.....

**Merci de retourner le dossier dans l'enveloppe T jointe (pas besoin d'affranchir), accompagné de l'autorisation signée d'utiliser ces données et de contacter votre médecin traitant.**

Si vous le pouvez, n'oubliez pas de joindre une photocopie des compte-rendus d'hospitalisation pour l'année 2001. Nous vous remercions de bien vouloir masquer votre nom sur ce(s) compte-rendu(s) et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du dossier.



**ENTRED, Echantillon National Témoin REprésentatif des Personnes Diabétiques**  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tel : 01.41.79.69.41 – Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

## Dossier patient

**1. Il y a combien d'années qu'un médecin vous a dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?**

an(s) (si vous n'êtes pas diabétique : mettez 0, ne remplissez pas la suite, et renvoyez le questionnaire dans l'enveloppe T ci-jointe – pas besoin d'affranchir –)

**2. Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par une ou plusieurs injections d'insuline?**

1 OUI Si oui, depuis combien d'années ?  an(s)  
 2 NON

**3. Si vous êtes traité(e) par insuline, où le traitement par insuline a-t-il été débuté ?**

1 A l'hôpital  2 Au cabinet d'un médecin  3 Chez vous

**4. Si vous êtes traité(e) par comprimés, vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos comprimés pour traiter le diabète ?**

1 Jamais  2 Moins d'une fois par mois  3 Au moins une fois par mois  4 Au moins une fois par semaine

**5. On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie. C'est un petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevé au bout du doigt pour mesurer votre taux de sucre. Avez-vous cet appareil ?**

1 OUI Si oui, mesurez-vous votre taux de sucre (glycémie) avec cet appareil  1 OUI  2 NON  
(ou quelqu'un le fait-il pour vous) ?  
 2 NON  
 3 Je ne sais pas

**6. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?**

1 OUI  2 NON

**7. En 2001, avez-vous rencontré un(e) diététicien(ne) ?**

1 OUI  2 NON  3 Je ne sais pas

**8. En 2001, combien de fois avez-vous consulté un professionnel des pieds (podologue ou pédicure) pour un problème lié ou non à votre diabète ?  fois en 2001**

**9. Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez fait un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine ?**

1 OUI  2 NON  3 Je ne sais pas

**10. En 2001, faisiez-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques ? (associant votre médecin, des médecins spécialistes et des soignants paramédicaux)**

1 OUI Si oui, lequel ? Nom : .....  
 2 NON

**11. Souffrez-vous d'autres maladies que le diabète?**

1 OUI Si oui, lesquelles ? .....  
 2 NON

TSVP



- 12.** Au cours de l'année 2001, si vous avez été hospitalisé(e), que ce soit en rapport ou non avec votre diabète, en hôpital de jour ou en hôpital traditionnel, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Date de début d'hospitalisation	Date de fin d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Raison de l'hospitalisation
<i>Exemple</i>	15/06/01	28/06/01	Hôtel-Dieu	Cardiologie	Grenoble	Infarctus
1 <sup>ère</sup> hospitalisation	□□□□□□	□□□□□□				
2 <sup>ème</sup> hospitalisation	□□□□□□	□□□□□□				
3 <sup>ème</sup> hospitalisation	□□□□□□	□□□□□□				

- 13.** Si vous deviez donner une note entre 00 (pas du tout satisfait) et 10 (très satisfait) sur la façon dont votre diabète est pris en charge par l'ensemble des médecins, infirmiers(ères), diététiciens(nes), pharmaciens(nes), podologues ..., quelle serait-elle ? □□□

- 14.** Quel est votre sexe ?  1 Homme  2 Femme

- 15.** Quelle est votre date de naissance ? □□□□□□

- 16.** Quel est votre lieu de naissance ?

Commune de naissance ..... Arrondissement de naissance: .....  
(pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance □□□ ; Si vous êtes né(e) hors métropole : .....

- 17.** Quel est votre niveau d'études ?

- 1 Aucun diplôme  
 2 Certificat d'études primaires ou CAP  
 3 Brevet des Collèges (BEPC) ou niveau 3ème  
 4 BAC, niveau BAC ou Brevet Professionnel  
 5 BAC + 2 ou plus

- 18.** Vivez-vous seul(e) ?  1 OUI  2 NON

- 19.** Quelle est votre taille ? □□, □□□ m **Votre poids ?** □□□□ kg

- 20.** Fumez-vous de façon habituelle ?  1 OUI  2 NON

- 21.** Pratiquez-vous régulièrement à la maison, au travail ou dans vos loisirs une activité physique (par exemple activités ménagères, jardinage, bricolage, marche, travaux de bâtiment ou de manœuvre, ou sport) ?

1 OUI  2 NON

- 22.** Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

Excellente 1  
Très bonne 2  
Bonne 3  
Médiocre 4  
Mauvaise 5

Merci de retourner le questionnaire dans l'enveloppe T jointe (pas besoin d'affranchir), accompagné si vous le voulez bien de l'autorisation signée de contacter votre médecin et de ses coordonnées



**ENTRED**, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques  
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11  
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

## DOSSIER MÉDECIN

### 1. Santé du patient

#### A propos de ces questions

Remplir l'ensemble du dossier devrait prendre **moins de 15 minutes**.  
Remplir ce dossier ne nécessite pas la présence de votre patient(e).

Ce premier questionnaire concerne votre patient(e) diabétique et sa santé **jusqu'en 2001** et est indispensable à l'étude. **Ne tenez pas compte des évènements survenus en 2002.**

Merci de répondre le plus précisément possible aux questions et de fournir les valeurs morphologiques, hémodynamiques et biologiques **les plus récentes pour l'année 2001** qui figurent dans le dossier médical. **Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question.** Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus du cas de votre patient(e).

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre patient(e) n'aura pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier, vous ou votre patient(e).

Date de remplissage : /.../.../.../		<b>Ne tenez pas compte des événements survenus en 2002</b>									
<b>1.1</b> Données générales	Date de naissance /.../.../.../	Type 1 <input type="checkbox"/> 1	Type 2 <input type="checkbox"/> 2	Type 2 insuliné <input type="checkbox"/> 3							
	Sexe M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	Secondaire <input type="checkbox"/> 4 Autre <input type="checkbox"/> 5 .....									
	Année de diagnostic du diabète /.../.../.../	- Education aux complications faite	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2							
	Année de début des comprimés /.../.../.../	- Diététique hypocalorique prescrite	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2							
Année de début de l'insuline /.../.../.../	- Autosurveillance prescrite	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	- Si oui, nombre de glycémies capillaires /.../.../.../ semaine							
<b>1.2</b> Complications majeures		Oui en 2001	Oui ancien	Non		Oui en 2001	Oui ancien	Non			
	Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Cécité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Dialyse ou greffe rénale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
	Insuffisance coronaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Amputation > cheville	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
	Revascularisation coronaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Amputation < cheville	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
<b>1.3</b> Valeurs les plus récentes obtenues en 2001	Poids : /.../.../.../ kg	PAS : /.../.../.../ mmHg	HbA1c ..... %	Norme supérieure du dosage : /.../.../.../ %							
	Taille : /.../.../.../ m	PAD : /.../.../.../ mmHg	Glycémie à jeun ..... g/l	ou ..... mmol/l							
			Créatininémie ..... mg/l	ou ..... µmol/l							
			Microalbuminurie ..... mg/24h	ou ..... mg/l							
			Protéinurie ..... g/24h								
			Cholestérol total ..... g/l	ou ..... mmol/l							
			HDL ..... g/l	ou ..... mmol/l							
			Triglycérides ..... g/l	ou ..... mmol/l							
<b>1.4</b> Facteurs de risque	Hypertrophie ventriculaire gauche (Sokolov)	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3	Tabac	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3	/.../.../.../ Cigarettes/j		
	Maladie cardio-vasculaire avant 65 ans chez les parents au 1 <sup>er</sup> degré	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	/.../.../.../ Verres/j		
	Diabète chez les parents au 1 <sup>er</sup> degré	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3							
<b>1.5</b> Symptômes en 2001	Angor	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3	Hypotension orthostatique	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3	Dysrérection		
	Claudication	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Douleurs ou paresthésies des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3
<b>1.6</b> Examen des yeux et des pieds en 2001	<b>Yeux</b>	Oui	Non		<b>Pieds</b>	Oui	Non				
	Examen en 2001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		Examen en 2001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
	Compte rendu transmis par l'ophtalmologue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		Déformation, hyperkératose des pieds	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3			
	Acuité visuelle Droite /.../.../.../ 10 <sup>e</sup>				Mal perforant plantaire - cicatrisé en 2001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
	Gauche /.../.../.../ 10 <sup>e</sup>				- aigu en 2001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
	Photocoagulation (laser)	Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2	NSP* <input type="checkbox"/> 3	Ulcère artériel des membres inférieurs						
	Vitrectomie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	- cicatrisé en 2001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
	Cataracte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	- aigu en 2001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
Rétinopathie diab.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Sensibilité vibratoire au diapason Anormale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				
				Monofilament de 10 g NON perçu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				
				Absence des 2 pous	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				
				Pontage / Angioplastie aortique ou des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				
<b>1.7</b> Autres	Pathologie(s) grave(s) associée(s) en 2001		Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2							
	Lesquelles .....										
<b>1.8</b> Evènements	Hospitalisation en 2001		Oui <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 2							
	En cas d'HOSPITALISATION, même de jour, merci de remplir le tableau ci-contre.										

\* NSP : Ne sait pas.

Merci de compléter le tableau ci-dessous en utilisant une ligne pour chaque hospitalisation au cours de 2001.

### 1.9 Hospitalisation CONVENTIONNELLE en 2001

	Date de début* d'hospitalisation	Date de fin* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Motif principal de l'hospitalisation
<b>Exemple hospitalisation</b>	<i>15/06/2001</i>	<i>28/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Infarctus du myocarde</i>
1 <sup>ère</sup> hospitalisation en 2001	/.../.../2001	/.../.../.../.../				
2 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001	/.../.../.../.../				
3 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001	/.../.../.../.../				
4 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001	/.../.../.../.../				

### 1.10 Hospitalisation de JOUR en 2001

	Date* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Motif principal de l'hospitalisation
<b>Exemple hospitalisation</b>	<i>15/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Diabétologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Soin compliqué des pieds</i>
1 <sup>ère</sup> hospitalisation	/.../.../2001				
2 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001				
3 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001				
4 <sup>e</sup> hospitalisation	/.../.../2001				

\* Si vous ne disposez pas des dates exactes, indiquez au moins le mois.

- Si vous avez reçu un ou des compte-rendu(s) d'hospitalisation de l'année 2001, une photocopie de ce(s) compte-rendu(s) serait utile à l'étude.

- Nous vous remercions de bien vouloir masquer le nom de votre patient(e) sur ces compte-rendus et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du questionnaire portant sur la santé du patient.

## 2. Satisfaction du Soignant

### A propos de ces questions

Ce questionnaire ne concerne pas votre patient(e) diabétique. Il vous concerne **vous, en tant que médecin** et s'intéresse à **votre satisfaction vis à vis des soins délivrés aux patients diabétiques** en général ainsi qu'à d'éventuels **problèmes rencontrés lors de la délivrance de ces soins**.

**Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question.** Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et vos patients n'auront pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.

Si vous avez déjà rempli un questionnaire satisfaction du soignant (à propos d'un dossier ENTRED pour un autre patient tiré au sort), veuillez cocher la case suivante et ne pas remplir la suite du questionnaire. Veuillez néanmoins nous retourner l'ensemble du dossier accompagné des compte-rendus d'hospitalisation si vous en disposez.

**J'ai déjà rempli ce questionnaire à propos d'un dossier ENTRED pour un autre patient.**



**2.1** Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 1 < 35 ans
- 2 35 – 44 ans
- 3 45 – 54 ans
- 4 ≥ 55 ans

**2.2** Quel est votre sexe ?

- 1 Homme
- 2 Femme

**2.3** Avez-vous une spécialisation de fait dans votre pratique ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Diabétologie / endocrinologie
- 2 Médecine interne
- 3 Pédiatrie
- 4 Gériatrie
- 5 Autre(s), à préciser : .....
- 6 Pas de spécialisation

**2.4** Diriez-vous de votre clientèle qu'elle est plutôt ... ?

- 1 Rurale
- 2 Urbaine
- 3 Mixte

**2.5** Faites-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques ?

- 1 Oui
- 2 Non

Si oui, lequel (nom, adresse) : .....

.....

**2.6** Combien de patients diabétiques (nouveaux ou anciens) voyez-vous en moyenne par mois ?

- 1 0 à 10 par mois
- 2 10 à 20 par mois
- 3 20 à 30 par mois
- 4 Plus de 30 par mois

**2.7** Combien de temps en moyenne durent vos consultations avec un patient NON diabétique ?

- 1 5 à 10 minutes
- 2 10 à 20 minutes
- 3 20 à 30 minutes
- 4 Plus de 30 minutes

**2.8** Combien de temps en moyenne durent vos consultations avec un patient diabétique ?

- 1 5 à 10 minutes
- 2 10 à 20 minutes
- 3 20 à 30 minutes
- 4 Plus de 30 minutes

**2.9** Combien de consultations de suivi habituel (à l'exclusion des urgences) donnez-vous en moyenne à un même patient diabétique par an ?

(cochez une réponse par type de patient)

TYPE DE PATIENT	2 ou plus par mois	1 par mois	1 tous les 3 mois	1 tous les 6 mois	1 par an	Moins d'1 par an
a. Diabétique de type 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Diabétique de type 2 (sans insuline)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Diabétique de type 2 (insuliné)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**2.10** Avez-vous l'occasion d'assister régulièrement à des réunions / congrès / staffs hospitaliers ou recevez-vous des journaux médicaux qui vous apportent des informations importantes sur la délivrance des soins aux patients diabétiques ?

1 Oui       2 Non

**2.11** Des recommandations officielles (ANAES, AFSSAPS) concernant la délivrance de soins aux patients diabétiques existent. Les connaissez-vous ?

1 Oui       2 Non

**2.12** Lors de vos soins aux patients diabétiques, les situations suivantes sont-elles souvent, parfois ou rarement un problème ? (cochez une réponse par situation)

	Souvent un problème	Parfois un problème	Rarement un problème
a. Mauvaise compréhension par les patients de leur diabète	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Problèmes psychologiques des patients (dépression, découragement, refus de la maladie, etc...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Manque de matériel d'éducation approprié aux patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Mauvaise adhésion des patients à vos recommandations concernant la prise de médicaments et d'insuline	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Mauvaise adhésion des patients à vos recommandations concernant l'exercice physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Mauvaise adhésion des patients aux conseils diététiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Difficultés de votre part à conseiller le patient en diététique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Difficultés à trouver un ou une diététicien(ne) pour assurer le suivi diététique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Difficultés à trouver un spécialiste référent pour avis consultatif	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Difficultés à trouver un service hospitalier pour hospitalisation de bilan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. Recommandations officielles de suivi des patients diabétiques manquant de clarté et de facilité d'utilisation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. Manque de temps disponible de votre part	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. Autre(s) (à préciser) : .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**2.13** Si vous deviez donner une note entre 0 (pas du tout satisfait) et 10 (très satisfait) sur votre pratique actuelle concernant le diabète, quelle serait-elle ?

/..... /..... / sur 10

**2.14** Etes-vous satisfait(e) de votre pratique actuelle concernant ... ?

(cochez une réponse par situation)

LES PATIENTS DIABETIQUES		Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
a.	Contrôle de la glycémie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Contrôle des autres facteurs de risque (lipides, HTA, tabac)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Prise en charge diététique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	Prise en charge de l'activité physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e.	Education et conseils aux patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f.	Soutien psychologique des patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

LES RELATIONS AVEC LES AUTRES SOIGNANTS DE PATIENTS DIABETIQUES		Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
g.	Diabétologues / Endocrinologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h.	Ophthalmologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i.	Cardiologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j.	Services hospitaliers de diabétologie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k.	Infirmiers(ères)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l.	Diététiciens(ennes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m.	Pédicures / Podologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**2.15** A quelle date avez-vous fini de remplir ce questionnaire ?

J'ai terminé de remplir ce questionnaire le : *.....*

Le dossier est terminé. **Pouvez-vous vous assurer qu'il est complet ?**

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions. Si vous le souhaitez, vous pouvez faire quelques commentaires.

---

---

---

**Merci de retourner le dossier dans l'enveloppe T jointe (pas besoin d'affranchir), accompagné de l'autorisation signée d'utiliser ces données.**

Si vous le pouvez, n'oubliez pas de joindre une **photocopie des compte-rendus d'hospitalisation pour l'année 2001**. Nous vous remercions de bien vouloir masquer le nom de votre patient(e) sur ce(s) compte-rendu(s) et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du dossier.