



ENTRED, échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
Basé à l'Institut de veille sanitaire
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Appel gratuit : 0 800 07 44 18
Fax : 01 55 12 53 37
www.invs.sante.fr/entred

Numéro ENTRED

DOSSIER MÉDECIN

1. Module "Santé du patient"

À propos de ces questions

Remplir l'ensemble du dossier devrait prendre environ 20 minutes. Remplir ce dossier ne nécessite pas la présence de votre patient(e).

Ce premier module concerne votre patient(e) diabétique et sa santé **au cours des 12 derniers mois**.

Merci de répondre le plus précisément possible aux questions et de fournir les valeurs morphologiques, hémodynamiques et biologiques les plus récentes 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 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |		Date de dernière consultation : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |							
1. Données générales	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 | 9	<input type="checkbox"/> 1 Type 1	<input type="checkbox"/> 2 Type 2	<input type="checkbox"/> 3 Type 2 insuliné					
	Sexe : <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2 F	<input type="checkbox"/> 4 Secondaire	<input type="checkbox"/> 5 Autre, précisez :						
2. Complications		Oui <1 an	Oui ancien	Non		Oui <1 an	Oui ancien	Non	
	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Cécité bilatérale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Infarctus du myocarde	<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 : orteil, pied ou jambe	<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	Revascularisation carotidienne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Revascularisation aortique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Revascularisation des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
3. Facteurs de risque	IDM ou mort subite chez un parent au 1 ^{er} degré :	Oui	Non	NSP	Buveur excessif	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	- de sexe masculin avant 55 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Pancréatite liée à l'alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	- de sexe féminin avant 65 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Antécédent familial d'AVC avant 45 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Arrêt du tabac < 3 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4. Symptômes	Hypotension orthostatique	Oui	Non	NSP	Dysérection	Oui	Non	NSP	NC
	Douleurs ou paresthésies des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Traitement en cours de la dysérection	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Examen des yeux et des pieds	Yeux	Oui	Non		Pieds	Oui	Non		
	Examen au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		Examen au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
	Compte-rendu transmis par l'ophtalmologue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		Prescription de soins podologiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
		Oui	Non	NSP	Déformation des pieds	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Photocoagulation laser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Monofilament de 10 g <u>perçu</u>	<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	2 pous distaux D <u>perçus</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	2 pous distaux G <u>perçus</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
					Claudication intermittente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
					Antécédent de mal perforant plantaire	Oui <1 an	Oui ancien	Non	NSP
					Antécédent d'ulcère <u>artériel</u> des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
				Gradation du risque podologique	<input type="checkbox"/> 1 Non gradé <input type="checkbox"/> 2 Grade 0 <input type="checkbox"/> 3 Grade 1 <input type="checkbox"/> 4 Grade 2 <input type="checkbox"/> 5 Grade 3				
6. Valeurs les plus récentes	PAS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg PAD : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg Poids : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg Taille : <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> m Tour de taille : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm								
		Date du dosage			Valeur				
	HbA1c n°1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0			<input type="text"/> , <input type="text"/> %				
	HbA1c n°2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0			<input type="text"/> , <input type="text"/> %				
	HbA1c n°3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0			<input type="text"/> , <input type="text"/> %				
	(Micro)albuminurie	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....mg/l		OU	.....mg/24h	
	Protéinurie (Si >1g, veuillez vérifier que vous avez bien reporté la valeur en mg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....mg/l			.....mg/24h	
	Créatinine urinaire	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....mg/l			.....mmol/l	
	Si pas de dosage d'albuminurie ou de protéinurie :								
	- Résultat de la recherche par bandelette : <input type="checkbox"/> 1 POSITIVE <input type="checkbox"/> 2 NÉGATIVE <input type="checkbox"/> 3 NON RÉALISÉE								
	- Était-ce une bandelette pour dépister ? <input type="checkbox"/> 1 une protéinurie (bandelette standard) <input type="checkbox"/> 2 une microalbuminurie <input type="checkbox"/> 3 NSP								
	- Date du test par bandelette <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |								
Créatininémie	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....mg/l		OU	.....µmol/l		
Cholestérol total	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....g/l			.....mmol/l		
LDL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....g/l			.....mmol/l		
HDL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....g/l			.....mmol/l		
Triglycérides	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 | 0 | 0 |			.....g/l			.....mmol/l		
7. Autres	État dépressif (traité ou non traité)				<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non				
	Pathologie(s) grave(s) associée(s) au cours des 12 derniers mois				<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non				
Si oui, lesquelles :									

8. Ce(cette) patient(e) a-t-il(elle) eu une consultation avec un diabétologue, un endocrinologue ou un interniste au cours des 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Oui, en consultation à l'hôpital
- ₂ Oui, au cours d'une hospitalisation à l'hôpital
- ₃ Oui, en médecine libérale
- ₄ Oui, mais je ne connais pas le lieu de consultation
- ₅ Non
- ₆ Je ne sais pas s'il y a eu une telle consultation

9. Comment estimez-vous le retentissement du diabète sur la vie quotidienne de ce(tte) patient(e) ?

- ₁ Très important
- ₂ Important
- ₃ Peu important
- ₄ Minime
- ₅ Je ne sais pas

10. Comment estimez-vous le soutien social (aide de l'entourage) dont bénéficie ce(tte) patient(e) ?

- ₁ Excellent soutien social
- ₂ Bon soutien social
- ₃ Peu de soutien social
- ₄ Aucun soutien social
- ₅ Je ne sais pas

11. Comment estimez-vous le niveau d'information de ce(tte) patient(e) sur son diabète ?

- ₁ Très bon
- ₂ Bon
- ₃ Moyen
- ₄ Faible
- ₅ Je ne sais pas

12. Dans votre relation avec ce(tte) patient(e), diriez-vous qu'en général... (une seule réponse possible)

- ₁ Vous prenez les décisions pour ce(tte) patient(e)
- ₂ Vous et ce(tte) patient(e) prenez les décisions ensemble
- ₃ Vous conseillez ce(tte) patient(e) et il(elle) prend les décisions

13. Estimez-vous que ce(tte) patient(e) suit de manière adaptée vos recommandations concernant :

(cochez une réponse par ligne)

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout	Je ne sais pas	Non recommandée à ce(tte) patient(e)
13.1. la gestion de ses médicaments ? (antidiabétiques oraux et/ou 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
13.2. l'adaptation de son alimentation ? (pour son diabète)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
13.3. l'activité physique ? (pour son diabète)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
13.4. la surveillance de son diabète ? (auto mesure de la glycémie)	<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. Module "Démarche éducative"

À propos de ces questions

Ce module ne concerne pas votre patient(e) diabétique.

Il vous concerne **vous**, en tant que **médecin**, et s'intéresse aux **modalités de prise en charge - notamment éducative - que vous mettez en place en général avec les patients diabétiques, à vos besoins et attentes** dans ce domaine, ainsi qu'au contexte dans lequel vous exercez.

Si vous avez déjà rempli un questionnaire "démarche éducative" (dans le dossier ENTRED d'un(e) autre patient(e) tiré(e) au sort), veuillez cocher la case suivante et ne pas remplir la suite du questionnaire. Merci néanmoins de nous retourner l'ensemble du dossier.

J'ai déjà rempli ce module "démarche éducative" dans le dossier ENTRED d'un(e) autre patient(e)

1. 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. Connaissez-vous les recommandations officielles (HAS/AFSSAPS, 2006) concernant la prise en charge des patients diabétiques ?

- ₁ Oui, très bien
- ₂ Oui, dans les grandes lignes
- ₃ Non

3. Lors de votre suivi des patients diabétiques, les situations suivantes posent-elles souvent, parfois ou rarement un problème difficile à résoudre ?

(cochez une réponse par ligne)

	Souvent un problème	Parfois un problème	Rarement un problème	Jamais un problème
3.1. Compréhension par les patients de leur diabète	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.2. Adhésion des patients au traitement (médicaments et/ou insuline)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.3. Adhésion des patients à mes recommandations diététiques	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.4. Adhésion des patients à mes recommandations d'activité physique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.5. Soutien des patients au plan psychologique (découragement, déni)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.6. Disponibilité d'un(e) diététicien(ne) pour assurer le suivi diététique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.7. Disponibilité d'un spécialiste référent pour avis consultatif	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.8. Disponibilité d'un service hospitalier pour hospitalisation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3.9. Clarté et facilité d'utilisation des recommandations officielles de suivi des patients diabétiques	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

4. Selon vous, quel est le rôle que vous avez à jouer dans l'éducation des patients diabétiques ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ **Coordonner** l'ensemble de la démarche éducative qui leur est proposée
- ₂ **Repérer leurs besoins** d'éducation, élaborer un "diagnostic éducatif"
- ₃ **Mettre en œuvre** moi-même des activités éducatives
- ₄ **Les orienter** vers des activités éducatives proposées par d'autres intervenants
- ₅ **Suivre leurs acquis** concernant la gestion de leur diabète
- ₆ **Les soutenir** au plan psycho-social sur le long terme
- ₇ Mon rôle est **variable** selon les patients
- ₈ Je n'ai **aucun rôle** à jouer
- ₉ Autre, précisez :

5. Vous arrive-t-il de donner rendez-vous à un patient diabétique pour un temps d'éducation thérapeutique (consultation, atelier, ...) que vous assurez vous-même ?

- ₁ Oui, avec la majorité des patients
- ₂ Oui, avec certains patients seulement
- ₃ Non

6. En dehors ou en complément de vos consultations, les patients diabétiques que vous suivez bénéficient-ils d'une éducation thérapeutique ?

- ₁ Oui, pour la majorité des patients
- ₂ Oui, pour certains seulement
- ₃ Non, aucun
- ₄ Je ne sais pas

7. Adressez-vous les patients diabétiques que vous suivez pour une éducation thérapeutique ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Oui, à l'hôpital
- ₂ Oui, à des confrères médecins libéraux spécialistes
- ₃ Oui, à des paramédicaux libéraux
- ₄ Oui, à un réseau
- ₅ Oui, à une maison du diabète
- ₆ Oui, à une association de patients
- ₇ Autres, précisez :
- ₈ Je ne les adresse pas pour une éducation thérapeutique

8. Y a-t-il en général une coordination entre professionnels concernant la prise en charge éducative des patients diabétiques que vous suivez ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Oui, et la coordination se fait dans le cadre d'un réseau
- 2 Oui, et la coordination se fait en dehors d'un réseau
- 3 Non

9. Connaissez-vous l'offre disponible en éducation thérapeutique pour les patients diabétiques dans votre bassin de vie ?

- 1 Oui Si oui :
Est-elle de qualité (compétence des professionnels, etc.) ?
 - 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne sais pas**Est-elle suffisante** (au regard du nombre de patients qui en auraient besoin) ?
 - 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne sais pas
- 2 Partiellement
- 3 Non

10. Avez-vous l'impression que l'éducation que vous proposez à vos patients améliore leur santé et leur qualité de vie ?

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, plutôt pas
- 4 Non, pas du tout
- 5 Je ne sais pas
- 6 Je n'en propose pas

11. D'une façon générale, parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui constituent les freins les plus importants dans votre démarche éducative avec vos patients atteints de diabète ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Vous manquez de temps
- 2 Ce n'est pas une activité rémunérée
- 3 Les patients n'en ressentent pas le besoin
- 4 Il existe une barrière culturelle et / ou linguistique avec certains patients
- 5 Vous manquez de matériel éducatif adapté
- 6 Vous manquez de formation à la démarche éducative
- 7 Vous manquez de professionnels ou de structures relais pour prolonger l'éducation
- 8 Autre, précisez :

12. Parmi la liste de savoir-faire suivants, utiles dans la mise en œuvre d'une démarche éducative, quels sont ceux dans lesquels vous souhaiteriez en priorité vous perfectionner ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Favoriser l'expression du patient sur sa santé, son vécu, ses besoins
- 2 Identifier les besoins du patient en matière d'information, d'éducation et de soutien
- 3 Apporter au patient une information adaptée
- 4 Proposer et négocier avec le patient des objectifs à atteindre par une intervention éducative
- 5 Évaluer chez le patient les modifications liées à l'intervention éducative
- 6 Autres, précisez :
- 7 Je ne pense pas avoir besoin de me perfectionner dans ces domaines

13. Selon vous, quels types de supports manquent aujourd'hui pour améliorer la qualité de l'éducation des patients diabétiques ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Des documents d'information pour les patients
- 2 Des recommandations de pratiques cliniques sur la démarche éducative
- 3 Des outils d'aide à la consultation pour les professionnels
- 4 Des outils d'aide à la préparation de la consultation pour les patients
- 5 Autres, précisez :
- 6 Il y a suffisamment de supports disponibles
- 7 Je ne sais pas

14. Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant la prise en charge des patients diabétiques que vous suivez ?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Quel âge avez-vous ?

□□□ ans

16. Quel est votre sexe ?

- ₁ Homme
- ₂ Femme

17. Êtes-vous médecin généraliste ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

18. Avez-vous une spécialisation dans votre pratique ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Diabétologie / endocrinologie / médecine interne
- ₂ Pédiatrie
- ₃ Gériatrie
- ₄ Autre(s), précisez :
- ₅ Pas de spécialisation

19. Exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ En cabinet individuel
- ₂ En cabinet de groupe
- ₃ À l'hôpital
- ₄ Dans une clinique
- ₅ Autre, précisez :

20. Dans quel secteur exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Secteur 1
- ₂ Secteur 2
- ₃ Secteur public
- ₄ Autres (dépassement permanent, non conventionné, etc.)

21. Combien d'actes médicaux réalisez-vous en moyenne par jour ?

□□□□ actes par jour

22. Faites-vous partie d'un ou plusieurs réseaux de soins ?

- ₁ Oui, un réseau diabète
Précisez son nom :
- ₂ Oui, un réseau ou plusieurs réseaux sur un autre thème. Précisez le ou les thèmes :
.....
- ₃ Non

23. Avez-vous suivi une formation en éducation du patient ou éducation thérapeutique du patient ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Oui, au cours de ma formation initiale
- ₂ Oui, une formation spécifique à l'éducation du patient diabétique. **Précisez le type de formation** (mastère, diplôme d'université, formation dans le cadre d'un réseau, congrès, ...) **ou bien le promoteur de la formation** (société savante, organisme de FMC, ...) :
- ₃ Oui, une formation à l'éducation du patient, non spécifique du diabète. **Précisez le type de formation** (mastère, diplôme d'université, formation dans le cadre d'un réseau, congrès, ...) **ou bien le promoteur de la formation** (société savante, organisme de FMC, ...) :
- ₄ Non

24. Vous consacrez-vous à des activités : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ concernant le syndicalisme médical
- ₂ concernant l'Ordre des médecins
- ₃ relatives à des associations de malades
- ₄ relatives à des associations de prévention
- ₅ de formation initiale
- ₆ de formation continue
- ₇ en lien avec une société savante
- ₈ autres, précisez :
- ₉ aucune de ces activités

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Pouvez-vous vous assurer que vous avez répondu à toutes les questions ?

Vous pouvez ajouter des commentaires si vous le souhaitez :

.....

.....

.....

.....