



ENTRED, Echantillon National Témoin
Représentatif des Personnes Diabétiques
Santé publique France
12, rue du Val d'Osne-94415 Saint-Maurice Cedex
Téléphone : 01 71 25 21 06
entred@santepubliquefrance.fr

ENTRED 3

Echantillon National Témoin Représentatif
des Personnes Diabétiques

QUESTIONNAIRE MÉDECIN SOIGNANT

Avec le soutien de



Enquête financée par



A PROPOS DE CE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire concerne la santé de votre patient(e) diabétique au cours des 12 derniers mois.

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

Il est indispensable à l'étude. 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(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).

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour remplir le questionnaire, utiliser un stylo à bille de couleur noire ou bleue (pas de crayon de papier ni de feutre). Cocher la case correspondant à la réponse.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Correct</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Incorrect</i>

Si vous cochez une case par erreur, la noircir entièrement (■) avant de cocher celle qui correspond à votre réponse (X). Ne pas utiliser de blanc pour effacer la réponse erronée.

Pour les données alphanumériques, inscrire un seul caractère ou chiffre par bac :

Remplir les cases le plus à droite possible :

En cas d'erreur de remplissage, ne pas faire de surcharge. Barrer d'un trait les données erronées et écrire les données correctes à côté ou au-dessus en fonction de l'espace disponible.

Correct

Incorrect

- Ne pas barrer tout ou partie d'une page. Les sections vierges doivent le rester.
- Ne pas agraffer les pages vierges ensemble.
- Ne glisser aucun document dans les questionnaires (pas de post-it ou de feuille de notes).
- Éviter de corner les pages.

Date de remplissage : JJ / MM / AA

Date de dernière consultation : JJ / MM / AA

1. Données générales sur votre patient

Date de naissance : JJ / MM / AAAA

Sexe : 1 M 2 F

Type de diabète

1 Type 1 2 Type 2 3 Type 2 insuliné
 4 Secondaire 5 Autre, précisez :

2. Facteurs de risque

	Oui	Non	NSP
IDM ou mort subite chez un parent au 1 ^{er} degré :			
- de sexe masculin avant 55 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
- de sexe féminin avant 65 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Antécédent familial d'AVC avant 45 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

3. Complications

	Oui <1 an	Oui ancien	Non	NSP
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Insuffisance coronaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Revascularisation coronaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Cécité bilatérale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Dialyse ou greffe rénale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Amputation : orteil, pied ou jambe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Revascularisation carotidienne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Revascularisation aortique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Revascularisation des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Antécédent de mal perforant plantaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Antécédent d'ulcère artériel des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

MI : membres inférieurs

4. Symptômes

	Oui	Non	NSP
Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Douleurs ou paresthésies des MI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
<i>Si homme</i>			
Dysérection	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Traitement en cours de la dysérection	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

5. Autres

	Oui	Non	NSP
État dépressif (traité ou non traité)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Autre(s) pathologie(s) grave(s) associée(s) au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Si oui, lesquelles ?			

6. Examens cliniques (les plus récents)

PAS : [] mmHg PAD : [] mmHg
Poids : [] kg Taille : [] m Tour de taille : [] cm

Yeux

	Oui	Non	NSP
Examen au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Compte-rendu transmis par l'ophtalmologue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Photocoagulation laser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Cataracte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

Pieds

	Oui	Non	NSP
Examen au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Déformation des pieds	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Monofilament de 10 g <u>perçu</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2 pous distaux D <u>perçus</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2 pous distaux G <u>perçus</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Claudication intermittente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Gradation du risque podologique			
<input type="checkbox"/> 1 Grade 0	<input type="checkbox"/> 2 Grade 1	<input type="checkbox"/> 3 Grade 2	<input type="checkbox"/> 4 Grade 3
<input type="checkbox"/> 9 NSP			

NSP : ne sait pas

7. Examens biologiques

(Valeurs les plus récentes / Veillez prêter une attention particulière aux unités)

Date du dosage							
HbA1c n°1 (la plus récente)	J J / M M / A A						%
HbA1c n°2	J J / M M / A A						%
HbA1c n°3	J J / M M / A A						%
Créatininémie	J J / M M / A A					mg/l	ou μmol/L
(Micro) albuminurie	J J / M M / A A					mg/l	mg/24h
Protéinurie (Si >1g, veuillez vérifier que vous avez bien reporté la valeur en mg)	J J / M M / A A					mg/l	ou mg/24h
Créatinine urinaire	J J / M M / A A					mg/l	mmol/L
Rapport albuminurie/ créatinine	J J / M M / A A					mg/mmol	mg/g
Débit de filtration glomérulaire : MDRD	J J / M M / A A					ml/min/1.73m ²	
ou CKD-EPI	J J / M M / A A					ml/min/1.73m ²	
Clairance de la créatinine Cockcroft et Gault	J J / M M / A A					ml/min	ou mg/24h

Si pas de dosage d'albuminurie ou de protéinurie

- Résultat de la recherche par bandelette : 1 positive 2 négative 3 non réalisée

- Était-ce une bandelette pour dépister : 1 une protéinurie (bandelette standard)
 2 une microalbuminurie
 9 je ne sais pas

- Date du test par bandelette J J / M M / A A

Date du dosage							
Cholestérol total	J J / M M / A A					g/l	mmol/l
LDL						g/l	mmol/l
HDL						g/l	mmol/l
Triglycérides						g/l	mmol/l

8. Comment situez-vous votre patient sur cette échelle de fragilité ?* Cochez la case correspondante.

<input type="checkbox"/> 1		1 Très en forme - Personne robuste, active, énergique et motivée. Cette personne pratique un exercice régulier ; elle est parmi les personnes les plus en forme de son groupe d'âge.
<input type="checkbox"/> 2		2 En forme - Personne qui ne présente pas de symptômes actifs de maladie, mais qui est moins en forme que celle de la catégorie 1. Généralement, cette personne fait de l'exercice ou elle peut à l'occasion être très active, par exemple selon la saison.
<input type="checkbox"/> 3		3 Va bien - Personne dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne fait pas régulièrement d'exercice, au-delà d'une marche de routine.
<input type="checkbox"/> 4		4 Vulnérable - Personne qui ne dépend pas des autres pour effectuer ses activités quotidiennes, mais qui présente des symptômes limitant ses activités. Elle se plaint régulièrement de se sentir « au ralenti » ou d'être fatiguée durant la journée.
<input type="checkbox"/> 5		5 Fragilité légère - Personne visiblement moins active qui a besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie domestique plus pointues, tels les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou la gestion de ses médicaments. Typiquement, la personne demande progressivement plus d'aide pour faire des courses, marcher dehors, pour effectuer les travaux domestiques ou préparer des repas.
<input type="checkbox"/> 6		6 Fragilité modérée - Personne qui a besoin d'aide pour accomplir toute activité extérieure et pour effectuer l'entretien de sa maison. Cette personne a généralement des difficultés avec les escaliers, a besoin d'aide pour le bain et peut avoir besoin d'un peu d'aide pour s'habiller (rester en position debout ou nécessite des directives).
<input type="checkbox"/> 7		7 Fragilité sévère - Personne totalement dépendante pour les soins d'hygiène, peu importe la cause (physique ou cognitive). Malgré cela, la personne est stable et ne semble pas à haut risque de décéder dans les 6 prochains mois.
<input type="checkbox"/> 8		8 Fragilité très sévère - Personne totalement dépendante, près de la fin de vie. Typiquement, elle serait incapable de récupérer de la moindre maladie, même la plus bénigne.
<input type="checkbox"/> 9		9 Phase terminale - Cette personne a une espérance de vie de moins de 6 mois, mais elle n'apparaît pas fragile par ailleurs.

* Echelle de Fragilité Clinique : Clinical Frailty Scale © 2009, Version 1.2_FR. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489-495.

9. D'après vous, la prise en charge de votre patient est-elle « complexe » ?

- 1 Non, sa prise en charge n'est pas complexe
- 2 Oui, **Si oui, est-ce du fait** (plusieurs réponses possibles) :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Du manque d'équilibre du diabète | <input type="checkbox"/> 6 De ses fonctions cognitives |
| <input type="checkbox"/> 2 Des complications aiguës du diabète | <input type="checkbox"/> 7 Du contexte social ou culturel |
| <input type="checkbox"/> 3 D'une ou plusieurs autres pathologies non liées au diabète | <input type="checkbox"/> 8 De sa faible capacité à s'orienter dans le système de santé (littératie en santé) |
| <input type="checkbox"/> 4 De sa perte d'autonomie | <input type="checkbox"/> 9 De ses comportements de dépendance (alcool,...) |
| <input type="checkbox"/> 5 De son profil psychologique | <input type="checkbox"/> 10 Autre, précisez : |
- 9 Je ne sais pas

10. Dans l'ensemble, pensez-vous que les coûts en rapport avec le diabète qui restent à la charge de votre patient (coûts non remboursés, ni par la sécurité sociale, ni par leur mutuelle) sont pour lui :

- 1 Très faibles
- 2 Faibles
- 3 Elevés
- 4 Très élevés
- 9 Je ne sais pas

11. Estimez-vous que votre patient 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 recommandé à votre patient
La gestion de ses médicaments antidiabétiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 9	<input type="checkbox"/> 5
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"/> 9	<input type="checkbox"/> 5
La surveillance de son diabète (automesure glycémique)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 5

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

- 1 Vous prenez les décisions pour votre patient
 2 Vous et votre patient prenez les décisions ensemble
 3 Vous conseillez votre patient et il prend les décisions

13. Avez-vous fixé un objectif glycémique avec votre patient ?

- 1 Non
 2 Oui, **Si oui, lequel ?**

, % < HbA1c < , %

14. À votre avis, votre patient connaît-il cet objectif glycémique ?

- 1 Non
 2 Oui
 9 Je ne sais pas

15. Comment percevez-vous la capacité de votre patient à gérer une hypoglycémie ?

(plusieurs réponses possibles)

- 1 Il n'a pas de risque d'hypoglycémie
 2 Il sait gérer parfaitement par lui-même
 3 Quelqu'un de son entourage sait gérer
 4 Il ne sait pas gérer
 5 Il ne ressent pas les hypoglycémies
 9 Je ne sais pas

16. Comment percevez-vous le risque d'hypoglycémie sévère de votre patient (hypoglycémie au cours de laquelle l'aide d'une autre personne est nécessaire pour remonter son taux de sucre) ?

- 1 Très faible
 2 Faible
 3 Elevé
 4 Très élevé
 9 Je ne sais pas

17. À votre connaissance, ce patient a-t-il fait une ou des hypoglycémies sévères ?

- 1 Non
 2 Oui, **Si oui**, combien au cours des 12 derniers mois ?

hypoglycémie(s) sévères

- 9 Je ne sais pas

18. Votre patient a-t-il bénéficié d'un temps consacré à l'éducation thérapeutique (consultation, atelier,...) ?

- 1 Non, **Si non, pourquoi :** *(plusieurs réponses possibles)*
- 1 Il n'en a pas besoin
 2 Il n'en a pas voulu
 3 Trop compliqué pour votre patient
 4 Pas de structure adaptée disponible
 5 Autre, précisez :
- 2 Oui, **Si oui, a-t-il été dispensé :** *(plusieurs réponses possibles)*
- 1 Par vous-même
 2 À l'hôpital
 3 Par un réseau de santé
 4 Par des confrères médecins libéraux spécialistes
 5 Par une infirmière Asalée
 6 Par d'autres paramédicaux libéraux
 7 Autre, précisez :

19. Avez-vous prescrit à votre patient des recommandations alimentaires ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, avez-vous orienté votre patient vers une structure spécifique ?**
- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, laquelle :** *(plusieurs réponses possibles)*
- 1 Association de diabétiques
 2 Association de quartier
 3 Autre, précisez :

20. À votre connaissance, votre patient suit-il (ou a-t-il suivi) des régimes amaigrissants (jeûne, régimes hypoglycémique, hyperprotéiné, ou dissocié, Weight Watchers®, Dukan®, comme Jaime®....) ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, lesquels :**

21. Avez-vous prescrit à votre patient une activité physique ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, était-ce :** *(plusieurs réponses possibles)*
- 1 Une activité physique adaptée (APA, dispensée par des professionnels de santé formés).
 2 Un autre type d'activité sportive
 3 Autre, précisez :
- Si oui, avez-vous orienté votre patient vers une structure adaptée ?**
- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, laquelle :** *(plusieurs réponses possibles)*
- 1 Association sportive
 2 Réseau sport santé
 3 Une organisation susceptible de l'aider dans l'adaptation de son régime alimentaire (Weight Watchers®, autres...)
 4 Association de diabétiques
 5 Association de quartier
 6 Centre sportif, club de sports
 7 Autre, précisez :

22. Avez-vous rencontré des difficultés lorsque vous abordez les conseils en activité physique avec votre patient ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui, lesquelles ?** *(plusieurs réponses possibles)*
- 1 L'adhésion difficile de votre patient
 2 Un manque de protocoles de prescriptions clairs ou de supports d'informations
 3 Un manque de structures adaptées
 4 Un manque de temps
 5 Autre, précisez :

23. Pour votre patient, avez-vous prescrit des soins de podologie au cours des 12 derniers mois ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**, ces soins de podologie ont-ils été prescrits dans le cadre :
 - 1 Du forfait podologique de l'Assurance maladie
 - 2 Du programme d'accompagnement diabète indépendant (ex RSI diabète)
 - 3 Autre, précisez :
- 9 Je ne sais pas

24. Pour votre patient, avez-vous prescrit des soins infirmiers au cours des 12 derniers mois ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**, c'était pour (*plusieurs réponses possibles*)
 - 1 Des injections d'insuline
 - 2 Des pansements
 - 3 Une aide à la toilette
 - 4 Un acte infirmier hebdomadaire chez un patient de plus de 75 ans traité par insuline
 - 5 D'autres soins, précisez :
- 9 Je ne sais pas

25. Votre patient utilise-t-il des applications de santé (logiciel ou application permettant d'afficher des données concernant sa santé ou des informations concernant sa pathologie) ou des objets connectés (balance, capteur d'activité, auto-tensiomètre, glucomètre, stylo injecteur....) ?

- 1 Non
- 2 Oui

Si oui, était-ce des applications de santé ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**, laquelle ou lesquelles ?
- 9 Je ne sais pas



Si oui, était-ce des objets connectés

(balance, capteur d'activité, auto-tensiomètre, glucomètre, stylo injecteur....) ?

- 1 Non
- 2 Oui, **Si oui**, lequel ou lesquels ?
- 9 Je ne sais pas



Si oui, quel est leur apport dans le suivi de votre patient : (*plusieurs réponses possibles*)

- 1 Gain de temps
- 2 Meilleur suivi glycémique
- 3 Meilleur échange avec le patient
- 4 Autre, précisez :
- 5 Aucun
- 9 Je ne sais pas

26. Pour votre patient, conseillez-vous l'utilisation d'une ou plusieurs applications de santé ?



1 Non, **Si non, pour quelle(s) raison(s)** (plusieurs réponses possibles) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Parce ce n'est pas adapté au profil de ce patient | <input type="checkbox"/> 5 Parce que je n'y vois pas d'intérêt |
| <input type="checkbox"/> 2 Parce que j'estime qu'elles ne sont pas fiables | <input type="checkbox"/> 6 Parce que je ne les connais pas |
| <input type="checkbox"/> 3 Parce que je n'ai pas assez de temps à y consacrer | <input type="checkbox"/> 7 Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> 4 Parce qu'elles sont trop compliquées à utiliser par ce patient | |

2 Oui, **Si oui, quel(s) type(s) d'application(s)** (plusieurs réponses possibles) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Applications relations médecin/patients (les données rentrées dans l'application peuvent vous être envoyées) | <input type="checkbox"/> 6 Aide à l'arrêt du tabac |
| <input type="checkbox"/> 2 Aide à la prise de traitements (observance) | <input type="checkbox"/> 7 Suivi de la fréquence cardiaque |
| <input type="checkbox"/> 3 Suivi du poids | <input type="checkbox"/> 8 Comptage des glucides |
| <input type="checkbox"/> 4 Suivi de l'activité physique | <input type="checkbox"/> 9 Comptage du nombre de pas |
| <input type="checkbox"/> 5 Suivi de la glycémie | <input type="checkbox"/> 10 Application d'associations de patients |
| | <input type="checkbox"/> 11 Autre, précisez : |

Si oui, pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Parce qu'elle(s) améliore(nt) votre relation avec votre patient | <input type="checkbox"/> 6 Parce que leur utilisation est ludique |
| <input type="checkbox"/> 2 Parce qu'elle(s) améliore(nt) les relations entre votre patient et ses proches | <input type="checkbox"/> 7 Parce qu'elle(s) vous fait (font) gagner du temps |
| <input type="checkbox"/> 3 Parce qu'elle(s) aide(nt) votre patient à mieux gérer sa(ses) pathologie(s) | <input type="checkbox"/> 8 Parce qu'elle(s) est (sont) utile(s) pour la santé de votre patient |
| <input type="checkbox"/> 4 Parce qu'elle(s) est (sont) simple(s) d'utilisation | <input type="checkbox"/> 9 Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> 5 Parce que votre patient reçoit de nombreuses alertes sur ces applications | |

Si oui, exploitez-vous les données recueillies ?

- 1 Non
 2 Oui

27. Pour votre patient, conseillez-vous l'utilisation d'un ou plusieurs objets connectés (balance connectée, capteur d'activité connecté, auto-tensiomètre connecté, glucomètre connecté, stylo injecteur connecté, etc...) ?



1 Non

2 Oui, **Si oui, lequel ou lesquels ?** (plusieurs réponses possibles)

- 1 Une balance connectée (balance permettant de voir son poids, ses courbes de poids sur son smartphone ou sa tablette)
- 2 Un capteur d'activité (bracelet ou autre capteur/ tracker permettant de suivre, notamment, le nombre de pas effectués par jour)
- 3 Un auto-tensiomètre connecté
- 4 Un glucomètre connecté
- 5 Un stylo injecteur connecté
- 6 Autre, précisez :

Si oui, exploitez-vous les données recueillies ?

- 1 Non
 2 Oui

Vous et votre pratique

28. Quel âge avez-vous ? ans

29. Vous êtes ? 1 Un homme 2 Une femme

30. Êtes-vous médecin généraliste ? 1 Non
 2 Oui

31. Votre pratique vous a-t-elle conduit à vous spécialiser dans les domaines suivants ?
(plusieurs réponses possibles)

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

32. Exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 En cabinet individuel
- 2 En cabinet de groupe médical (mono professionnel)
- 3 En cabinet de groupe pluriprofessionnel
- 4 À l'hôpital
- 5 Dans une clinique
- 6 Autre, précisez :

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

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

34. Combien de consultations réalisez-vous en moyenne par jour ?

consultations par jour

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

- 1 0 à 10 par mois
- 2 11 à 20 par mois
- 3 21 à 30 par mois
- 4 Plus de 30 par mois

SPECIMEN