

# Intérêt d'un accompagnement paramédical en complément du suivi médical pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif dans le diabète de type 2

Amélie Robert

▶ **To cite this version:**

Amélie Robert. Intérêt d'un accompagnement paramédical en complément du suivi médical pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif dans le diabète de type 2. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00746684

**HAL Id: dumas-00746684**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00746684**

Submitted on 29 Oct 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

# AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

# LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012 N°

# Intérêt d'un accompagnement paramédical en complément du suivi médical pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif dans le diabète de type 2

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par
Amélie ROBERT
Née le 18 décembre 1985 à Besançon

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 16 octobre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Serge HALIMI

Membres

Mme le Docteur Christine WATERLOT (directrice de thèse)
M. le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU
M. le Professeur Philippe ZAOUI

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

# REMERCIEMENTS

**A Madame le Docteur Waterlot**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, et pour toute l'attention que vous m'avez apporté ainsi que pour votre aide, votre soutien et votre disponibilité tout au long de ce travail.

**A Monsieur le Professeur Halimi**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de  jury de cette thèse. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ma demande de projet de thèse et de m'avoir ensuite orienté vers les différents membres de ce jury.

**A Messieurs les Professeurs Benhamou et Zaoui**

Je vous remercie de votre présence pour juger ce travail.

**A l'équipe de Savédiab**

Qui a toujours été très disponible pour répondre à toutes mes questions.

**A mes parents**

Merci de votre écoute et de votre soutien tout au long de mes études.

**A mes grands parents**

Merci de vous être toujours intéressés à mes études.

**A Anne Laure et Damarise,**

Merci d'avoir toujours été à l'écoute quand j'en avais besoin.

**A Fred**

Merci de m'avoir toujours soutenue pendant mon internat. Merci d'être toujours disponible pour moi et de m'accepter comme je suis.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
SCIENCES, TECHNOLOGIE, SANTÉ

SITE SANTE

## Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
## 2011-2012

| Nom | Prénom | Intitulé de la discipline universitaire |
|---|---|---|
| BONNETERRE | Vincent | Médecine et santé au travail |
| BOTTARI | Serge | Biologie cellulaire |
| BOUTONNAT | Jean | Cytologie et histologie |
| BRENIER-PINCHART | Marie-Pierre | Parasitologie et mycologie |
| BRIOT | Raphaël | Thérapeutique; médecine d'urgence |
| CALLANAN-WILSON | Mary | Hématologie; transfusion |
| CROIZE | Jacques | Bactériologie-virologie |
| DERANSART | Colin | Physiologie |
| DETANTE | Olivier | Neurologie |
| DUMESTRE-PERARD | Chantal | Immunologie |
| EYSSERIC | Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| FAURE | Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| GILLOIS | Pierre | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| GRAND | Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| HOFFMANN | Pascale | Gynécologie-obstétrique |
| LABARERE | José | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| LAPORTE | François | Biochimie et biologie moléculaire |
| LARDY | Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| LARRAT | Sylvie | Bactériologie-virologie |
| LAUNOIS-ROLLINAT | Sandrine | Physiologie |
| MALLARET | Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MAUBON | Danièle | Parasitologie et mycologie |
| MC LEER (FLORIN) | Anne | Cytologie et histologie |
| MOREAU-GAUDRY | Alexandre | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MOUCHET | Patrick | Physiologie |

| | | |
|---|---|---|
| PACLET | Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PASQUIER | Dominique | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PAYSANT | François | Médecine légale et droit de la santé |
| PELLETIER | Laurent | Biologie cellulaire |
| RAY | Pierre | Génétique |
| RIALLE | Vincent | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SATRE | Véronique | Génétique |
| STASIA | Marie-Josée | Biochimie et biologie moléculaire |
| TAMISIER | Renaud | Physiologie |

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
SCIENCES-TECHNOLOGIE-SANTE

SITE SANTE

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier**
**2011-2012**

| Nom | Prénom | Intitulé de la discipline universitaire |
|---|---|---|
| ALBALADEJO | Pierre | Anesthésiologie-réanimation |
| ARVIEUX-BARTHELEMY | Catherine | Chirurgie générale |
| BACONNIER | Pierre | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| BAGUET | Jean-Philippe | Cardiologie |
| BALOSSO | Jacques | Radiothérapie |
| BARRET | Luc | Médecine légale et droit de la santé |
| BAUDAIN | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| BEANI | Jean-Claude | Dermato-vénéréologie |
| BENHAMOU | Pierre Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| BERGER | François | Biologie cellulaire |
| BLIN | Dominique | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| BOLLA | Michel | Cancérologie; radiothérapie |
| BONAZ | Bruno | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BOSSON | Jean-Luc | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| BOUGEROL | Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| BRAMBILLA | Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| BRAMBILLA | Christian | Pneumologie |
| BRICAULT | Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| BRICHON | Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| BRIX | Muriel | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CAHN | Jean-Yves | Hématologie |
| CARPENTIER | Françoise | Thérapeutique; médecine d'urgence |
| CARPENTIER | Patrick | Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire |
| CESBRON | Jean-Yves | Immunologie |
| CHABARDES | Stephan | Neurochirurgie |
| CHABRE | Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| CHAFFANJON | Philippe | Anatomie |
| CHAVANON | Olivier | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| CHIQUET | Christophe | Ophtalmologie |
| CHIROSSEL | Jean-Paul | Anatomie |
| CINQUIN | Philippe | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| COHEN | Olivier | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| COUTURIER | Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique |

| | | |
|---|---|---|
| DE GAUDEMARIS | Régis | Médecine et santé au travail |
| DEBILLON | Thierry | Pédiatrie |
| DEMATTEIS | Maurice | Addictologie |
| DEMONGEOT | Jacques | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DESCOTES | Jean-Luc | Urologie |
| ESTEVE | François | Biophysique et médecine nucléaire |
| FAGRET | Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| FAUCHERON | Jean-Luc | Chirurgie générale |
| FERRETTI | Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| FEUERSTEIN | Claude | Physiologie |
| FONTAINE | Eric | Nutrition |
| FRANCOIS | Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GARBAN | Frédéric | Hématologie; transfusion |
| GAUDIN | Philippe | Rhumatologie |
| GAVAZZI | Gaetan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| GAY | Emmanuel | Neurochirurgie |
| GRIFFET | Jacques | Chirurgie infantile |
| HALIMI | Serge | Nutrition |
| HOMMEL | Marc | Neurologie |
| JOUK | Pierre-Simon | Génétique |
| JUVIN | Robert | Rhumatologie |
| KAHANE | Philippe | Physiologie |
| KRACK | Paul | Neurologie |
| KRAINIK | Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| LANTUEJOUL | Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LEBAS | Jean-François | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEBEAU | Jacques | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECCIA | Marie-Thérèse | Dermato-vénéréologie |
| LEROUX | Dominique | Génétique |
| LEROY | Vincent | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| LETOUBLON | Christian | Chirurgie générale |
| LEVY | Patrick | Physiologie |
| LUNARDI | Joël | Biochimie et biologie moléculaire |
| MACHECOURT | Jacques | Cardiologie |
| MAGNE | Jean-Luc | Chirurgie vasculaire |
| MAITRE | Anne | Médecine et santé au travail |
| MAURIN | Max | Bactériologie-virologie |
| MERLOZ | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |

| | | |
|---|---|---|
| MORAND | Patrice | Bactériologie-virologie |
| MORO-SIBILOT | Denis | Pneumologie |
| MOUSSEAU | Mireille | Cancérologie |
| MOUTET | François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie |
| PALOMBI | Olivier | Anatomie |
| PASSAGIA | Jean-Guy | Anatomie |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | Anesthésiologie-réanimation |
| PELLOUX | Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PEPIN | Jean-Louis | Physiologie |
| PERENNOU | Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PERNOD | Gilles | Médecine vasculaire |
| PIOLAT | Christian | Chirurgie infantile |
| PISON | Christophe | Pneumologie |
| PLANTAZ | Dominique | Pédiatrie |
| POLACK | Benoît | Hématologie |
| PONS | Jean-Claude | Gynécologie-obstétrique |
| RAMBEAUD | Jean-Jacques | Urologie |
| REYT | Emile | Oto-rhino-laryngologie |
| RIGHINI | Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| ROMANET | Jean-Paul | Ophtalmologie |
| SARAGAGLIA | Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SCHMERBER | Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| SELE | Bernard | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| SERGENT | Fabrice | Gynécologie-obstétrique |
| SESSA | Carmine | Chirurgie vasculaire |
| STAHL | Jean-Paul | Maladies infectueuses; maladies tropicales |
| STANKE | Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| TIMSIT | Jean-François | Réanimation |
| TONETTI | Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TOUSSAINT | Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| VANZETTO | Gérald | Cardiologie |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| WEIL | Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ZAOUI | Philippe | Néphrologie |
| ZARSKI | Jean-Pierre | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |

# SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... 11

1. Présentation du réseau Savediab ..... 11

2. Plan personnalisé de santé (PPS) ..... 13

2.1 Sur le plan national ..... 13

2.2 Dans le cadre du réseau ..... 13

3. Objectif de l'étude ..... 14

MATERIEL ET METHODES ..... 15

1. Population ..... 15

2. Description du suivi paramédical ..... 15

3. Critères de jugement ..... 16

4. Recueil des données et analyse des résultats ..... 16

RESULTATS ..... 17

1. Description de l'échantillon ..... 17

2. Description du groupe avec PPS ..... 18

3. Description des objectifs fixés ..... 18

4. Réalisation des objectifs ..... 19

5. Description des types d'objectifs atteints ..... 20

6. Réalisation des bilans annuels ..... 20

DISCUSSION ..... 21

CONCLUSION ..... 216

BIBLIOGRAPHIE ..... 28

ANNEXES ..... 31

Annexe 1 : Parcours du patient dans le réseau ..... 31

Annexe 2 : Trame du PPS ..... 32

SERMENT D'HIPPOCRATE ..... 33

RESUME ..... 35

# INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une pathologie très fréquente en médecine générale. En effet il touche plus de 4.4% de la population française. Sa prise en charge repose non seulement sur des traitements médicamenteux mais surtout sur un changement de mode de vie. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est importante pour prendre en charge cette maladie. L'HAS (1) recommande qu'elle soit pluridisciplinaire et organisée en séances individuelles et collectives. Les réseaux et autres structures éducatives sont donc une aide importante pour le médecin généraliste.

Cependant, l'adhésion des patients aux propositions de suivi éducatif est faible. C'est pourquoi il semble important de s'intéresser à la mise en place d'un accompagnement personnalisé du patient lors de la prise en charge éducative. Cet accompagnement peut être réalisé par une personne du domaine paramédical en aide au travail du médecin, d'autant qu'un des principaux freins du médecin généraliste à la pratique de l'éducation thérapeutique est le manque de temps (2) (3) (4).

## 1. Présentation du réseau Savediab

Le réseau Savédiab, Savoie Education Diabète, créé en 2006, a pour objectif principal de développer l'éducation thérapeutique individuelle et collective pour le patient diabétique.

Savédiab propose des activités éducatives individuelles et collectives : suivis infirmier, diététique ou psychologique, bilan podologique pour les patients grade 1, séances collectives sur des thèmes divers : alimentation, traitement, prévention des pieds… Il aide aussi à la reprise du sport grâce à des séances d'activités physiques adaptées.

Initialement, tous les diagnostics éducatifs étaient réalisés par les salariés du réseau qui orientaient ensuite les patients vers les activités décidées lors de l'entretien. Les salariés maintenaient un lien téléphonique avec les patients et le suivi des actes réalisés par les patients permettait de les relancer s'ils ne donnaient pas suite aux propositions. Avec l'extension du réseau, il a été nécessaire de faire évoluer l'organisation, en formant des professionnels paramédicaux libéraux à la réalisation des diagnostics éducatifs. Ces professionnels n'avaient initialement pas pour mission de suivre les patients après l'entretien initial.

Suite à cette évolution, les évaluations successives ont permis de constater une baisse de suivi des actions proposées, et en particulier des suivis diététiques. Ainsi, pour l'année 2007, l'évaluation a montré que 80% des bilans diététiques étaient réalisés quand ils avaient été prévus par une salariée du réseau, contre 42% pour ceux proposés par un professionnel libéral. Une réflexion a donc été menée pour analyser les causes de cette différence : l'accompagnement offert aux patients par les salariés du réseau après le diagnostic éducatif semblait être un élément favorisant la mise en œuvre des décisions prises lors de ce diagnostic. Le fait que ces résultats touchent essentiellement les suivis diététiques, alors que la demande des patients arrivant au réseau concerne essentiellement ce domaine, montrait bien les difficultés des patients à mettre en place des changements de comportement. Suite à cette réflexion, le réseau a décidé de proposer aux patients un suivi personnalisé à la suite du diagnostic éducatif, effectué par les professionnels salariés et libéraux. Cette démarche a été confortée par la demande de l'ARS de mettre en place un Plan personnalisé de santé pour tous les patients adhérents au réseau.

## 2. Plan personnalisé de santé (PPS)

### 2.1 Sur le plan national

Suite à la circulaire du 2 mars 2007 de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins) (5) relative à l'organisation des réseaux, il a été demandé aux réseaux de mettre en place un plan personnalisé de santé (PPS) pour chaque patient. La définition du PPS a été établie en 2008 par le comité de gestion du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins) (6) comme étant un « document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient, et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le Plan de soins et le Plan d'aide, le cas échéant. Il peut inclure un plan d'éducation thérapeutique. Toutefois, le plan d'éducation thérapeutique ne constitue pas à lui seul un PPS. Le médecin traitant doit participer à l'élaboration ou à la validation du PPS. En l'absence de rencontre, cet avis peut être recueilli par courrier ou par échange téléphonique ».

### 2.2 Dans le cadre du réseau

La démarche proposée par le réseau depuis la mise en place du PPS est la suivante : suite à l'adhésion du patient à Savédiab, un diagnostic éducatif est effectué par un professionnel paramédical nommé référent du patient. Un bilan médical est demandé au médecin généraliste. A partir de ces deux résultats, des objectifs sont définis avec le patient et des actions à mettre en place sont choisies. Cela permet la rédaction du PPS qui doit être validé par la cellule de coordination du réseau.

Le patient participe alors aux séances du réseau en fonction des objectifs définis. A six mois, un nouvel entretien avec son référent a lieu afin d'évaluer les démarches

entreprises, de faire le point sur ce qui n'a pas été encore réalisé et d'essayer de motiver le patient à l'entreprendre.

Après un an de prise en charge, un nouveau diagnostic éducatif est réalisé ainsi qu'un bilan médical, afin de définir avec le patient la suite de son parcours dans le réseau (Annexe 1).

## 3. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un accompagnement paramédical personnalisé en complément du suivi médical dans le cadre du PPS pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis avec eux lors du diagnostic éducatif.

# MATERIEL ET METHODES

L'étude était rétrospective comparant un groupe de patients ayant eu un accompagnement paramédical dans le cadre d'un PPS à un groupe ne bénéficiant pas de cet accompagnement.

## 1. Population

La population étudiée était composée de diabétiques de type 2, âgés de plus de 18 ans, adhérents au réseau de santé Savédiab de Chambéry.

Les critères d'inclusions pour le groupe avec PPS étaient :

- avoir un PPS avec un diagnostic éducatif initial et un bilan à un an,
- avoir un PPS rédigé en 2010,
- avoir un bilan initial rempli par le médecin traitant,
- être adhérent au réseau depuis moins de deux ans.

Les critères d'inclusion pour le groupe sans PPS étaient :

- avoir un diagnostic éducatif avant 2010,
- avoir un suivi sur un an,
- avoir un bilan initial rempli par le médecin traitant.

Les critères d'exclusion pour ce groupe étaient d'avoir un PPS.

Les patients ainsi sélectionnés ont ensuite été randomisés selon la fonction ALEA d'Excel pour n'en garder que 40 dans chaque groupe.

## 2. Description du suivi paramédical

Le PPS comprenait un entretien initial avec réalisation d'un diagnostic éducatif par un professionnel paramédical, nommé référent du patient. Ce référent proposait ensuite un

accompagnement au patient, pour l'aider à mettre en place les actions envisagées lors du diagnostic éducatif. Les modalités de cet accompagnement étaient laissées à l'appréciation du professionnel mais comportaient au moins un entretien à 6 mois et à un an. Ce référent pouvait être une infirmière, une diététicienne, un podologue ou un psychologue ; il était soit libéral, soit salarié du réseau Savédiab.

Le groupe sans PPS avait uniquement un entretien avec une infirmière et/ou une diététicienne pour établir un diagnostic éducatif. A la suite de cet entretien, le patient était orienté vers les professionnels correspondant aux thèmes des objectifs fixés avec lui, mais aucun accompagnement n'était proposé pour la réalisation des actions.

## 3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la réalisation des actions visant à atteindre les objectifs éducatifs. Par exemple, pour un objectif de modification du comportement alimentaire, l'action évaluée était la rencontre avec une diététicienne ou tout autre professionnel pour lequel un entretien avait été envisagé. La modification du comportement alimentaire n'était pas l'élément évalué dans cette étude.

Trois niveaux de réalisation étaient possibles : non atteint coté 0, à moitié atteint coté 0.5 et atteint coté 1.

## 4. Recueil des données et analyse des résultats

Les données ont été saisies manuellement dans un fichier Excel.

Pour comparer les deux groupes, nous avons utilisé le test t de Student et le test du $Khi^2$ ainsi que le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient trop faibles.

Pour évaluer si l'accompagnement paramédical avait une efficacité significative dans l'implication dans le suivi des objectifs éducatifs, nous avons utilisé le test du $Khi^2$.

Le seuil de significativité retenu était de 5 %.

# RESULTATS

## 1. Description de l'échantillon

Au total, 40 patients ont été retenus dans chaque groupe. Les deux échantillons sont décrits dans le Tableau 1. Ils ne présentent pas de différence significative sauf sur la durée de suivi à Savédiab (ils sont suivis depuis plus longtemps dans le groupe avec PPS) et sur le nombre de patients sous insuline (plus nombreux dans le groupe avec PPS).

**Tableau 1 : Description de la population**

| | Avec PPS | Sans PPS | p |
|---|---|---|---|
| **Age moyen** | 62,43 | 62,38 | 0,98 |
| **Pourcentage d'hommes** | 42,50 | 45,00 | 0,82 |
| **Ancienneté moyenne à Savediab** | 0,45 | 0,18 | **0,01** |
| **IMC moyen** | 32,66 | 33,41 | 0,63 |
| **HbA1c moyen** | 8,31 | 8,09 | 0,62 |
| **Ancienneté moyenne du diabète** | 9,42 | 8,80 | 0,67 |
| **Pourcentage de patients sous ADO** | 70,00 | 82,50 | 0,19 |
| **Pourcentage de patients sous insuline** | 47,50 | 25,00 | **0,04** |
| **Pourcentage de patients ayant une microlbuminurie** | 15,00 | 17,50 | 0,76 |
| **Pourcentage de patients ayant une IRC** | 20,00 | 20,00 | 1,00 |
| **Pourcentage de patients ayant une rétinopathie** | 20,00 | 17,50 | 0,77 |
| **Pourcentage de patients ayant une atteinte des pieds** | 15,00 | 27,50 | 0,17 |
| **Pourcentage de patients ayant une HTA** | 77,50 | 77,50 | 1,00 |
| **Pourcentage de patients ayant une coronaropathie** | 7,50 | 17,50 | 0,18 |
| **Pourcentage de patients ayant une artérite** | 12,50 | 5,00 | 0,68 |
| **Pourcentage de patients ayant un SAS** | 15,00 | 15,00 | 1,00 |

## 2. Description du groupe avec PPS

Les patients ayant un PPS ont comme référent le plus souvent une diététicienne (52.5%) ou une infirmière (40%). Ils peuvent aussi avoir une psychologue (5%) ou un podologue (2.5%).

## 3. Description des objectifs fixés

Dans chaque groupe, les patients ont en moyenne environ trois objectifs éducatifs déterminés à la fin du diagnostic éducatif (2,925 si PPS contre 2,975 en l'absence de PPS, soit $p = 0,81$).

Le tableau 2 décrit le type d'objectifs fixés. Ceux le plus souvent conseillés sont ceux à visée diététique, ainsi que d'assister à des séances collectives pour parfaire leurs connaissances sur le diabète et de reprendre une activité physique. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sauf sur les objectifs ayant trait au traitement du diabète.

**Tableau 2 : Répartition des objectifs en pourcentage**

| | Avec PPS | Sans PPS | *p* |
|---|---|---|---|
| **Diététique** | 29,06 | 31,93 | 0,63 |
| **Séances collectives** | 25,64 | 21,01 | 0,40 |
| **Activité physique** | 20,51 | 14,29 | 0,21 |
| **IDE** | 5,98 | 1,68 | 0,10 |
| **Psychologue** | 4,27 | 5,04 | 0,78 |
| **Podologue** | 4,27 | 5,04 | 0,78 |
| **Traitement** | 1,71 | 10,08 | 0,01 |
| **Divers** | 8,55 | 10,92 | 0,54 |

## 4. Réalisation des objectifs

Les figures 1 et 2 représentent la répartition des patients en fonction du pourcentage d'objectifs atteints selon le groupe auquel ils appartiennent. 21 patients du groupe soit 52% ayant un PPS ont atteint au moins 75% de leurs objectifs alors qu'ils ne sont que 13 (32.5%) dans le groupe sans PPS. Il existe donc une différence significative entre les deux groupes ($p$ =0,01)

**Figure 1 : Répartition des patients en fonction du pourcentage d'objectifs atteints dans le groupe avec PPS**

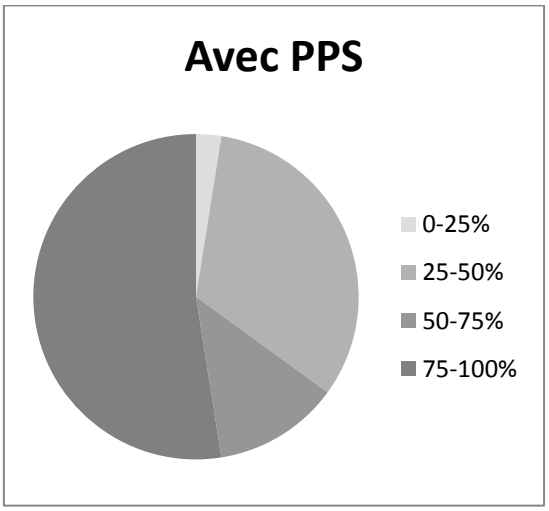
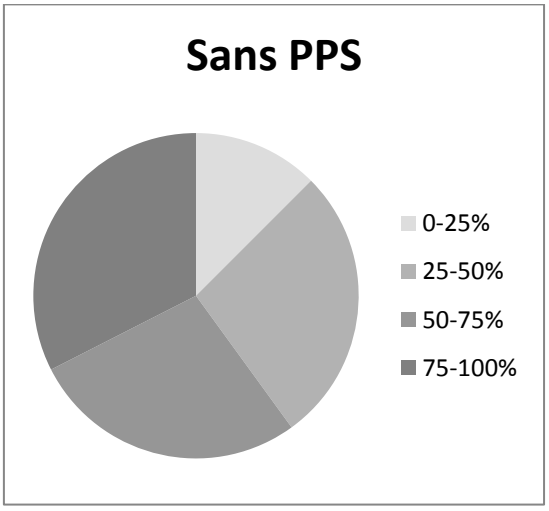



**Figure 2 : Répartition des patients en fonction du pourcentage d'objectifs atteints dans le groupe sans PPS**



## 5. Description des types d'objectifs atteints

Les actions visant à atteindre les objectifs éducatifs les mieux réalisées sont celles à visée diététique et psychologique ainsi que les objectifs concernant le traitement. On constate que tous les objectifs psychologiques sont atteints.

| | Avec PPS | Sans PPS | p |
|---|---|---|---|
| **Diététique** | 89,71 | 75,00 | 0,11 |
| **Psychologue** | 100,00 | 100,00 | 1,00 |
| **Activité physique** | 62,50 | 35,29 | 0,09 |
| **Podologue** | 80,00 | 66,67 | 0,12 |
| **IDE** | 71,43 | 0,00 | 0,17 |
| **Traitement** | 100,00 | 91,67 | 1,00 |
| **Séances collectives** | 61,67 | 82,00 | 0,10 |
| **Divers** | 60,00 | 23,08 | 0,10 |

## 6. Réalisation des bilans annuels

Les bilans annuels sont moins remplis par les médecins traitants de manière significative dans le groupe avec PPS par rapport au groupe sans PPS (13 versus 28, soit p = 0,0008).

# DISCUSSION

Dans la prise en charge du diabète, l'éducation thérapeutique du patient a une place importante pour l'amener à gérer lui-même sa maladie (7). Elle lui permet d'acquérir des compétences d'autosoins et des compétences d'adaptation définies par la HAS (8). Elle a prouvé son efficacité dans plusieurs essais randomisés contrôlés au moins sur le plan de l'HbA1c comme le montre la méta-analyse et méta-régression de S.E Ellis, T. Speroff, R.S. Dittus, A. Brown, J.W. Pichet et T.A. Elasy (9). Cependant, le travail avec les patients, comme au sein du réseau Savédiab, montre combien il est difficile de mettre en place les changements de comportement nécessaires, même quand ils sont décidés en accord avec le patient. Cette difficulté pose la question de la place de l'accompagnement du patient en éducation thérapeutique ; l'accompagnement n'est pas à proprement parlé de l'éducation thérapeutique, mais il vise à apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de la maladie (10).

Dans cette étude, l'accompagnement paramédical des patients diabétiques de type 2 améliore significativement la mise en œuvre des actions visant à atteindre les objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif.

Plusieurs éléments peuvent être soulignés au travers de l'analyse des données des deux groupes de patients :

- La profession du paramédical réalisant le diagnostic éducatif n'influence pas le type d'objectif défini puisque, par exemple, il n'y a pas d'éducateur d'activité physique adapté, ce qui n'empêche pas que ce soit le troisième type d'objectif défini.

- L’excellence adhésion au suivi psychologique montre l'importance que les patients portent à ce suivi. Le faible nombre d’objectif de ce type fixé peut s’expliquer par le fait qu’il est difficile pour les patients d’admettre avoir besoin d’un soutien psychologique. Par contre, une fois qu’ils en ont pris conscience, ils s’investissent dans ce suivi.
- Le grand nombre d’objectifs éducatifs diététiques fixés souligne l’importance de faciliter l’accès aux suivis diététiques. On constate une tendance à l’amélioration dans la mise en œuvre de ces objectifs dans le groupe avec PPS même si la différence entre les deux groupes n'est pas significative.
- Un résultat surprenant concerne les bilans annuels des médecins : le taux de retour du bilan est nettement inférieur dans le groupe PPS alors que les référents ont aussi pour mission de solliciter les patients dont le bilan n'est pas rempli. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer ce résultat : le groupe sans PPS a été créé à partir des patients antérieurs à 2009, période où le réseau était de plus petite taille et pouvait donc plus facilement communiquer avec les médecins ; par ailleurs, les premiers médecins adhérents étaient aussi ceux qui étaient à l'initiative du projet de réseau, manifestant donc une motivation plus importante. L'extension du réseau a amené à solliciter des médecins moins concernés par le travail en réseau, et souvent réticents au principe de remplir des documents.

Les limites de l’étude sont :

- La petite taille de l’étude
- Son caractère rétrospectif

- Le biais de recrutement des patients dans le réseau, basé sur le volontariat : on peut penser que les patients s'inscrivant à Savédiab sont plus motivés à se prendre en charge que la population générale mais ce biais est corrigé par le fait que dans le groupe contrôle, les patients appartiennent également au réseau.
- La population du réseau est différente de la population d'Entred (11), les patients du réseau sont aussi âgés mais plus en surpoids et avec une HbA1c plus élevée semblant témoigner du fait que ce sont les patients plus complexes qui recourent au réseau.
- L'ancienneté plus importante au sein de Savediab pour le groupe avec PPS pourrait signifier que ces patients sont plus motivés par le réseau. Mais chaque renouvellement de PPS est évalué par la cellule de coordination et ce renouvellement n'est autorisé qu'en cas de nouvel apport possible du réseau au patient. Au final, un renouvellement de PPS correspond souvent à un cas complexe puisque dans les autres cas le patient peut continuer de participer aux séances sans avoir d'accompagnement paramédical. Donc les patients les plus anciens du réseau sont en général les plus complexes et ceux dont la prise en charge est la plus difficile.

L'importance d'un accompagnement par différents moyens lors de la prise en charge des maladies chroniques a été retrouvée dans plusieurs études. Ainsi l'Assurance Maladie a mis en œuvre Sophia, un projet d'accompagnement des diabétiques qui propose l'appui d'un infirmier conseiller en santé qui contacte par téléphone les patients pour les aider à mettre en pratique les règles hygiéno-diététiques et être à leur écoute. Sophia permet également un accès à une documentation fiable sur le diabète grâce à ses livrets Repères et à son site internet (12). L'évaluation médico-économique à un an

prouve que les appels téléphoniques par des infirmiers conseillers en santé augmentent significativement la réalisation des examens recommandés dans le suivi du diabète (13). De même K. Hee-Seung et J. Hye-Sun (14) montrent qu'un SMS hebdomadaire envoyé aux patients diabétiques par des infirmiers permet d'améliorer de manière significative l'HbA1c même si la puissance de leur étude est faible. Cependant ces deux études ne sont qu'un coaching téléphonique sans entretien en tête à tête avec le patient.

Cet accompagnement peut être, comme dans notre étude, effectué par des professionnels paramédicaux. Ainsi, au Pays-Bas mais surtout au Royaume Uni et en Suède, il existe des infirmières praticiennes qui peuvent suivre des patients chroniques et faire de l'éducation thérapeutique (15). En Suisse, l'infirmière clinicienne en diabétologie dans le cadre de l'association valaisanne du diabète peut évaluer les besoins du patient pour ensuite lui enseigner les connaissances théoriques dont il a besoin sur le diabète ainsi que l'auto-contrôle de la glycémie, la gestion du traitement et des crises, les règles hygiéno-diététiques… (16)

Les infirmières peuvent gérer l'accompagnement des patients diabétiques. Un entretien de 90 minutes avec une infirmière puis une séance de une à deux heures par semaine pendant quatre semaines permet de diminuer de manière significative le taux d'HbA1c et de LDL cholestérol à un an (17). De même, en Chine, un programme éducatif, en cinq visites, basé sur une visite vers un médecin spécialiste pour informer des risques cardio-vasculaires puis vers une infirmière d'éducation pour renforcer ce qui a été dit avec le médecin chez des patients diabétiques de type 2 permet une diminution significative de l'HbA1c et du tabac (18). Aux Pays-Bas, la gestion du diabétique de type 2 stable par une infirmière spécialisée sur le rythme de trois consultations par an plus une avec un spécialiste au lieu de quatre consultations avec un spécialiste

hospitalier montre une amélioration significative de l'HbA1c et de l'autogestion du diabète (19). La consultation avec une infirmière prescriptrice dans le cadre du diabète a même plusieurs avantages par rapport à une consultation médicale selon une étude qualitative anglaise (20) : plus de temps pour parler, consultation plus interactive, plus d'explications, plus spécialiste du diabète qu'un médecin généraliste, plus facile d'accès.

L'étude Asalée (21) (22) montre que non seulement la coopération entre des médecins et des infirmières ayant pour tâches principales les consultations d'éducation thérapeutique et de prévention améliore de manière significative le suivi et l'HbAc1 mais aussi qu'il n'y a pas de différence significative de coût. Par ailleurs, le dispositif Asalée satisfait les patients (note de satisfaction de 18.3/20), et les médecins apprécient la complémentarité avec l'infirmière.

Le transfert de tâches et de compétences des médecins vers les professions paramédicales est sans doute une piste à creuser pour améliorer la prise en charge la maladie chronique comme le diabète. Il faudrait pour cela proposer de nouvelles formations en France. Par exemple, l'infirmière clinicienne spécialiste pourrait faire le suivi de maladie chronique, la coordination des examens de suivi, le suivi de la bonne exécution des traitements, de l'éducation, de la prévention et du dépistage. La diététicienne de soins serait remboursée par la sécurité sociale et pourrait prendre en charge sur prescription médicale des carences d'apports ou des apports inadaptés (23).

## CONCLUSION

**THESE SOUTENUE PAR** : Amélie ROBERT

**TITRE** : Intérêt d'un accompagnement paramédical en complément du suivi médical pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif dans le diabète de type 2

## CONCLUSION

En moins de dix ans, le nombre de patients touchés par le diabète de type 2 a quasiment doublé pour atteindre 3 millions de personnes en 2010 soit plus de 4.3% de la population générale et 180000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. Le traitement du diabète nécessite toujours à la base de toute prise en charge une modification significative du mode de vie, diététique, exercice physique en particulier. L'éducation thérapeutique a donc une place majeure dans la prise en charge de cette maladie. Les réseaux ont occupé une place importante dans le développement de la pratique ambulatoire de l'éducation thérapeutique. Organisée de façon pluri-professionnelle elle a permis la mise en place de séances collectives pour un plus grand nombre de patients. Le réseau Savédiab a constaté que, quand bien même lorsque le patient a pris conscience de la nécessité de ces changements de comportement, ceux-ci restent difficiles à maintenir dans la durée. C'est pourquoi le réseau Savédiab a imaginé mettre en place un accompagnement dans les suites du diagnostic éducatif pour soutenir le patient dans cette démarche.

Cet accompagnement réalisé par un professionnel paramédical comprend un entretien à 6 mois pour faire le point sur les démarches entreprises et un entretien à 1 an pour faire le bilan

de l'année sur le plan éducatif et sur le plan médical. Notre étude a montré que cet accompagnement aide les patients à mettre en œuvre les objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif initial. Les objectifs les plus souvent choisis au cours du diagnostic éducatif concernent : la diététique, la participation à des séances collectives d'éducation et la reprise d'une activité physique, ce qui montre l'utilité des structures permettant ces actions. Par ailleurs, les médecins généralistes reconnaissent un réel manque de temps pour mettre, eux-mêmes, en place des actions d'éducation thérapeutique pour leurs patients diabétiques et l'accompagnement, aujourd'hui assuré par le réseau Savediab. Un transfert de tâches du médecin vers les professions paramédicales peut donc permettre une meilleure prise en charge des diabétiques comme cela a été montré ailleurs dans le monde pour plusieurs maladies chroniques.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 18 septembre 2012

LE DOYEN

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR S. HALIMI

# BIBLIOGRAPHIE


1. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? Paris: HAS; 2007.
2. Fournier C, Gautier A, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2009 Novembre: p. 460-464.
3. Peccoux-Levorin C. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé. [Thèse : Médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de médecine; 2011.
4. Thelusme L. Que peuvent apporter les médecins génralistes de la somme à l'éducation thérapeutique du patient ? [Thèse : Médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine; 2010.
5. Circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM..
6. Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. Evaluation des réseaux de santé financés au titre du FIQCS. FIQCS; 2009 Mars.
7. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. 4th ed. Paris: Maloine; 2011.
8. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. Paris: HAS; 2007.
9. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient

education : a meta-analysis and meta-regression. Patient Education and Counseling. 2004 52: p. 97-105.

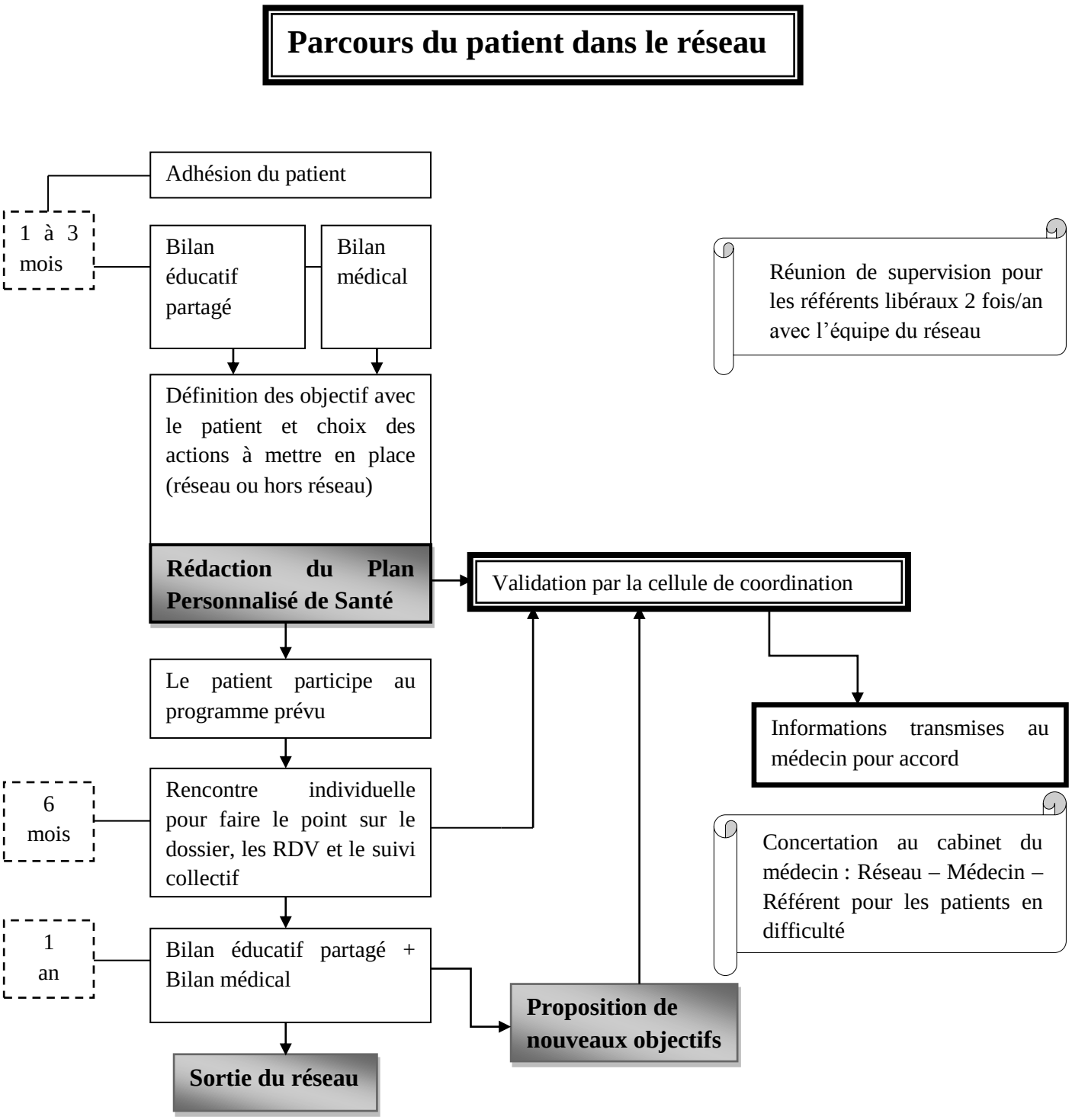
10. Education thérapeutique du patient. Code de la santé publique. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Titre VI, Article L1161-3 (23 juillet 2009).
11. Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis A, Lecomte P, et al. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2009 Novembre: p. 450-455.
12. Assurance Maladie. [Online].; 2012. Available from: www.ameli.fr.
13. 100 000 adhérents pour sophia et premiers résultats médico-économiques encourageants. Assurance Maladie; 2011.
14. Hee-Seung K, Hye-Sun J. A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six month. Journal of Clinical Nursing. 2007 June: p. 1082-1087.
15. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Bulletin d'information en économie de la santé. 2005 Juin.
16. Mayoraz L, Udriot P. L'infirmière clinicienne en diabétologie : dans sa collaboration interdisciplinaire à l'association Valaisanne du Diabète et dans le suivi ambulatoire des adolescents et des jeunes adultes diabétiques de type 1. Travail de Bachelor. HES-SO Valais Wallis; 2011.
17. Taylor CB, Houston Miller N, Reilly KR, Greenwald G, Cunning D, Deeter A, et al.

Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. Diabetes Care. 2003 April: p. 1058-1063.

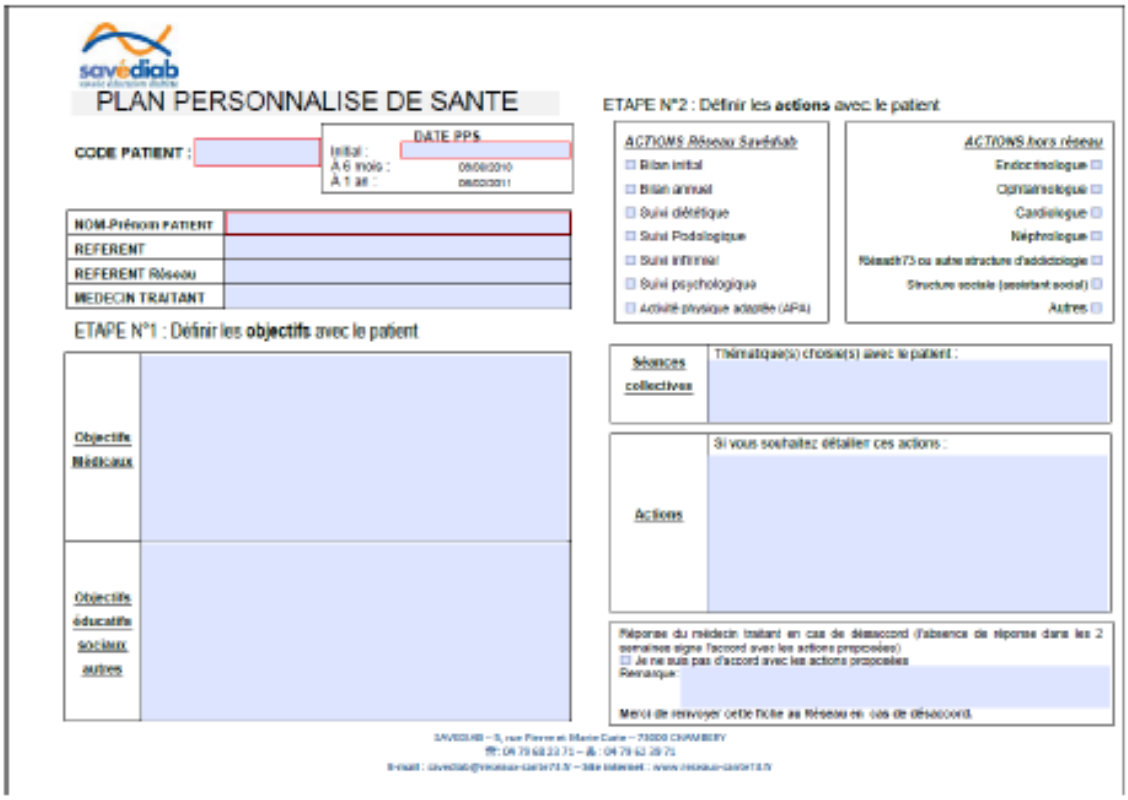
18. Ko G, Li J, Lot M. Effects of a structured health education programme by a diabetic education nurse on cardiovascular risk factors in Chinese Type 2 diabetic patients: a 1-year prospective randomized study. Diabetic Medicine. 2004 December: p. 1274-1279.
19. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BH. Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. Journal of Advanced Nursing. 2001 November: p. 546-555.
20. Stenner KL, Courtenay M, Carey N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. International Journal of Nursing Studies. 2011 January: p. 37-46.
21. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Ylmaz E. L'intervention d'une infirmière de santé publique en cabinet de médecine générale pour le suivi des patients diabétiques de type 2 : Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE (Action Santé Libérale En Équipe). IRDES; 2008.
22. Prescrire. L'association Asalée : une coopération médecins-infirmiers. Prescrire. 2012 Août: p. 625-627.
23. BERLAND Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. ; 2003.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Parcours du patient dans le réseau



## Annexe 2 : Trame du PPS



savédiab

PLAN PERSONNALISE DE SANTE

CODE PATIENT :

DATE PPS
Initial :
A 6 mois : 09/06/2010
A 1 an : 08/03/2011

| |
|---|
| NOM-Prénom PATIENT |
| REFERENT |
| REFERENT Réseau |
| MEDECIN TRAITANT |

ETAPE N°1 : Définir les **objectifs** avec le patient

| | |
|---|---|
| Objectifs Médicaux | |
| Objectifs éducatifs sociaux autres | |

ETAPE N°2 : Définir les **actions** avec le patient

*ACTIONS Réseau SavéDiab*
- Bilan initial
- Bilan annuel
- Suivi diététique
- Suivi Podologique
- Suivi infirmier
- Suivi psychologique
- Activité physique adaptée (APA)

*ACTIONS hors réseau*
- Endocrinologue
- Ophtalmologue
- Cardiologue
- Néphrologue
- Réseau73 ou autre structure d'addictologie
- Structure sociale (assistant social)
- Autres

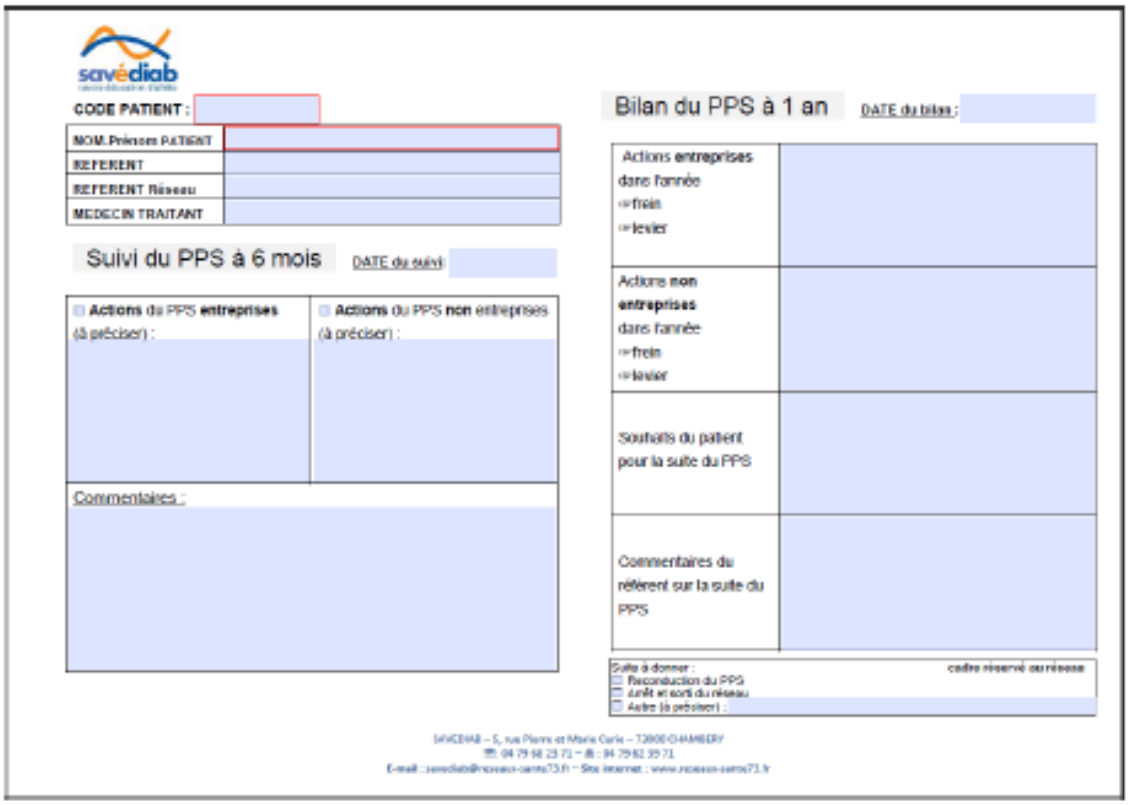
| | |
|---|---|
| Séances collectives | Thématique(s) choisie(s) avec le patient : |
| Actions | Si vous souhaitez détailler ces actions : |

Réponse du médecin traitant en cas de désaccord (l'absence de réponse dans les 2 semaines signe l'accord avec les actions proposées)
- Je ne suis pas d'accord avec les actions proposées

Remarque

Merci de renvoyer cette fiche au Réseau en cas de désaccord.

SAVEDIAB – 5, rue Pierre et Marie Curie – 73000 CHAMBERY
Tél : 04 79 68 23 71 – Fax : 04 79 62 35 71
E-mail : savediab@reseau-sante73.fr – Site Internet : www.reseau-sante73.fr



savédiab

CODE PATIENT :

| |
|---|
| NOM-Prénom PATIENT |
| REFERENT |
| REFERENT Réseau |
| MEDECIN TRAITANT |

Suivi du PPS à 6 mois — DATE du suivi

| | |
|---|---|
| **Actions** du PPS **entreprises** (à préciser) : | **Actions** du PPS **non** entreprises (à préciser) : |
| Commentaires : | |

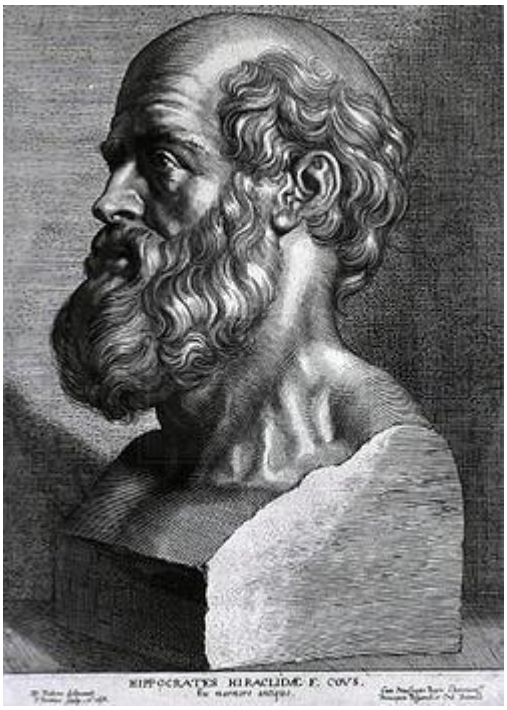
Bilan du PPS à 1 an — DATE du bilan :

| | |
|---|---|
| Actions **entreprises** dans l'année<br>⇨frein<br>⇨levier | |
| Actions **non entreprises** dans l'année<br>⇨frein<br>⇨levier | |
| Souhaits du patient pour la suite du PPS | |
| Commentaires du référent sur la suite du PPS | |

Suite à donner : — cadre réservé au réseau
- Reconduction du PPS
- Arrêt et sorti du réseau
- Autre (à préciser) :

SAVEDIAB – 5, rue Pierre et Marie Curie – 73000 CHAMBERY
Tél : 04 79 68 23 71 – Fax : 04 79 62 35 71
E-mail : savediab@reseau-sante73.fr – Site Internet : www.reseau-sante73.fr

# SERMENT D'HIPPOCRATE




*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# RESUME


## Titre

Intérêt d'un accompagnement paramédical en complément du suivi médical pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif dans le diabète de type 2.

## Introduction

L'éducation thérapeutique est importante dans la prise en charge du diabète de type 2. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un accompagnement paramédical personnalisé en complément du suivi médical dans le cadre du plan personnalisé de santé (PPS) pour favoriser l'implication des patients dans le suivi des objectifs éducatifs définis avec eux lors du diagnostic éducatif.

## Matériel et méthode

Nous avons comparé deux groupes de 40 patients, un avec un PPS et un sans, de manière rétrospective.

## Résultats

L'accompagnement paramédical améliore de manière significative la mise en œuvre des actions visant à atteindre les objectifs éducatifs définis lors du diagnostic éducatif. Les objectifs éducatifs les plus souvent fixés étaient ceux à visée diététique, la reprise de l'activité physique et les séances collectives.

## Discussion

Un transfert de tâches du médecin, au moins dans le domaine de l'éducation thérapeutique, vers des professions paramédicales pourrait donc être une solution pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques.