

Évaluation des connaissances et de la satisfaction des patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan

Clarisse Ferment

▶ **To cite this version:**

Clarisse Ferment. Évaluation des connaissances et de la satisfaction des patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01597813

HAL Id: dumas-01597813

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597813

Submitted on 28 Sep 2017

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 de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n°110

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 septembre 2017 par

Clarisse FERMENT

Née le 24 Novembre 1985 à Pessac

Évaluation des connaissances et de la satisfaction des patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan

Directrice de thèse

Madame le Docteur Tania KHARITONNOFF

Jury

Monsieur le Professeur Pascal BARAT	**Président**
Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU	**Rapporteur**
Monsieur le Docteur William DURIEUX	**Juge**
Monsieur le Docteur Pierre VIVES	**Juge**
Madame le Docteur Tania KHARITONNOFF	**Juge**

Année 2017 Thèse n°110

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 septembre 2017 par

Clarisse FERMENT

Née le 24 Novembre 1985 à Pessac

Évaluation des connaissances et de la satisfaction des patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan

Directrice de thèse

Madame le Docteur Tania KHARITONNOFF

Jury

Monsieur le Professeur Pascal BARAT	**Président**
Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU	**Rapporteur**
Monsieur le Docteur William DURIEUX	**Juge**
Monsieur le Docteur Pierre VIVES	**Juge**
Madame le Docteur Tania KHARITONNOFF	**Juge**

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier.

Responsable de l'unité endocrinologie pédiatrique.

Hôpital des Enfants - Groupe hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux.

Recevez l'assurance de mon profond respect ainsi que le témoignage de ma reconnaissance pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier.

Responsable de l'unité d'endocrinologie, diabétologie et nutrition.

Hôpital Haut-Lévêque, du CHU de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur William DURIEUX

Professeur associé en médecine générale. Médecin généraliste à Targon.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Pierre VIVES

Docteur en médecine. Médecin généraliste à Mimizan.

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. J'ai eu la chance de travailler à tes côtés en tant qu'interne. Je tiens à t'exprimer mon admiration et ma sincère reconnaissance pour tout ce que tu m'as appris.

A Madame le Docteur Tania KHARITONNOFF

Praticien Hospitalier dans le service de diabétologie et endocrinologie au CH de Dax-Côte d'Argent.

Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir soutenue et aidée durant cette période. Ton aide et ton soutien ont été d'une grande importance. Sois assurée de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

Aux maîtres de stages qui m'ont accueillie dans leurs cabinets.

Apprendre l'exercice de la médecine générale à vos côtés a été riche d'enseignement. Je vous en remercie.

Au Docteur Emmanuelle BOURRINET, aux infirmières et en particulier à Marie-Josée TOSON, aux diététiciennes et secrétaires de l'équipe de diabétologie du CH de Dax.

Sans vous ce travail de thèse n'aurait pu se faire. Veuillez accepter en retour ma sincère reconnaissance et mes plus vifs remerciements.

A Caroline LAPEYRE, experte en statistique. Merci pour ta disponibilité et ton aide précieuse.

A mes amies,

Aurélie, Elodie, Fadwa, Sarah, Sophie et Virginie. De véritables amies, je vous ai rencontrées au fur et à mesure de mes études et vous avez toujours été présentes pour moi. Merci à vous toutes.

Anaïs, Audrey et Cécile mes amies d'enfance. Nos études nous ont séparées mais nous sommes toujours restées très proches. Merci pour votre soutien depuis toutes ses années.

A ma famille,

Mes parents, **Michèle et Régis,** mon frère **Guillaume** ainsi que ma grand-mère **Arlette.** Un grand merci pour votre relecture et la mise en page de ma thèse. Merci pour votre soutien sans faille depuis le début de mes études. J'en suis ici aujourd'hui grâce à vous.

A Maxime, qui a tout fait pour m'aider, qui m'a soutenue et supportée dans tout ce que j'ai entrepris. Merci pour ta gentillesse et ta présence auprès de moi.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASG : Auto Surveillance Glycémique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DPP4 : Dipeptidyl Peptidase 4

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENTRED : Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FdRCV : Facteur de Risque Cardiovasculaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

HTA : HyperTension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

RHD : Règles Hygiéno Diététiques

RSI : Régime Social des Indépendants

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Sommaire

REMERCIEMENTS 1

LISTE DES ABREVIATIONS 4

1. INTRODUCTION 9

2. LE DIABETE DE TYPE 2, GENERALITES 11

2.1 GENERALITES 11

2.1.1 Définition 11

2.1.2 Les complications du diabète de type 2 12

2.2 PREVALENCE ET INCIDENCE DU DIABETE DE TYPE II EN FRANCE ET DANS LES LANDES 14

2.2.1 Prévalence 14

2.2.2 Incidence 15

2.3 COUT GLOBAL DE LA PRISE EN CHARGE 15

2.4 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIABETIQUES EN AMBULATOIRE 17

2.5 INTERET DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE 18

2.5.1 Définition 18

2.5.2 Cadre légal et quelques chiffres 19

2.5.3 Déroulement d'un programme d'éducation thérapeutique 20

2.5.3.1 Diagnostic éducatif 21

2.5.3.2 Les séances éducatives 22

2.5.3.3 Evaluation 22

3. BUT DE NOTRE ETUDE 23

4. MATERIEL ET METHODE 24

4.1 MATERIEL 24

4.2 METHODE 24

4.3 ANALYSE STATISTIQUE 26

5. RESULTATS 27
5.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON 27
5.2 ATTEINTE DES OBJECTIFS 28
5.2.1 Objectif primaire : Evaluation des connaissances avant et après éducation 28
5.2.2 Evaluation du changement de comportement après éducation 34
5.2.3 Evaluation de l'Hba1c avant et après éducation 34
5.2.4 Objectif secondaire : Evaluation de la satisfaction des patients 35
5.2.5 Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes de Mimizan 36
6. DISCUSSION 39
6.1 DISCUSSION DES RESULTATS 39
6.1.1 Analyse de l'atteinte des objectifs 39
6.1.2 Analyse des résultats de l'Hba1c 40
6.1.3 Analyse de la satisfaction des patients et des médecins généralistes 40
6.2 LIMITES DE NOTRE ETUDE 42
6.2.1 Méthode utilisée 42
6.2.2 L'échantillon 42
6.2.3 Durée de l'étude 43
6.2.4 Un biais de confusion sur le résultat de l'Hba1c 43
6.2.5 Méthode d'évaluation 44
6.2.6 L'amélioration des connaissances des patients permettait-elle d'améliorer leurs Hba1c ? 44
6.3 COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES 46
6.4 PERSPECTIVES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR L'ETP 48
6.4.1 Adhésion des patients à l'ETP 48
6.4.2 Amélioration de la communication entre les médecins généralistes et l'équipe de diabétologie de Dax 49
6.4.3 La population à cibler 49

6.4.4 Réévaluation des ateliers existants 49
6.4.5 Réévaluation régulière du diagnostic éducatif 50
6.4.6 Intégration de l'ETP au sein de la MSP 50
7. CONCLUSION 50
BIBLIOGRAPHIE 52
ANNEXES 57
SERMENT MEDICAL 84

1. INTRODUCTION

Du fait de l'éloignement des hôpitaux, des consultations avancées ont été mises en place au sein des locaux de la maison de retraite de Mimizan par certains spécialistes du CH de Dax depuis fin 2014. Ainsi l'équipe de diabétologie propose des séances d'éducation thérapeutique (ETP) pour les diabétiques de type 2.



Figure 1: Le Département des Landes [1].

Les centres hospitaliers de Dax et de Mont de Marsan sont à 80 km et le centre hospitalier d'Arcachon est à 63 km [2].

L'objectif est l'intégration de cette ETP par les médecins généralistes et l'équipe paramédicale de Mimizan (podologue, diététicienne et infirmier) au sein d'une maison pluridisciplinaire (MSP) ouverte depuis mai 2017. Pour ce faire les huit médecins généralistes de Mimizan ainsi que le podologue ont suivi une formation de 72 heures.

La diététicienne a également réalisé un diplôme universitaire (DU) dont l'intitulé est « l'éducation thérapeutique : formation professionnelle de soignants éducateurs et de coordinateur d'équipe » pour pouvoir intégrer ce programme.

L'ETP des patients diabétiques de type 2 est fondamentale, elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. En effet, elle permet aux patients d'acquérir et de maintenir des compétences pour mieux gérer leur maladie.
Le patient doit devenir un acteur à part entière de sa maladie et les soignants doivent l'accompagner dans ce sens [3].
Pour cela, un programme éducatif a été mis en place en ambulatoire à Mimizan par l'équipe de diabétologie de Dax pour un accès à l'éducation à un plus grand nombre de patients.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de ce type de prise en charge. Pour cela nous allons étudier les connaissances et le changement de comportement de patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan.

2. LE DIABETE DE TYPE 2, GENERALITES

2.1 GENERALITES

2.1.1 Définition

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le diabète est décrit comme une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Il en résulte une concentration accrue de glucose dans le sang (hyperglycémie).

Le diabète de type 2 résulte de l'utilisation inadéquate de l'insuline par l'organisme. Il est souvent la conséquence d'un excès pondéral et de l'inactivité physique [4].

Le diagnostic se fait le plus souvent par un examen systématique, on recherche :

- une glycémie > 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures vérifiée à deux reprises,
- la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie > 2 g/l (11,1 mmol/l),
- une glycémie > 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose,

Lorsque la glycémie est comprise entre 1,10 g/l et 1,25 g/l, le diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeun (pré-diabète) est posé [5].

2.1.2 Les complications du diabète de type 2

Le diabète de type 2 se développe silencieusement pendant de nombreuses années contrairement au diabète de type 1. La maladie est souvent découverte de façon fortuite à l'occasion d'une prise de sang ou en cas de complication.

Un diagnostic tardif, un diabète mal ou non soigné peut entrainer des complications graves microangiopathiques ou macroangiopathiques [6].

❖ ***les complications microangiopathiques*** :

La durée de l'exposition à l'hyperglycémie en est le déterminant principal.

- ***La rétinopathie diabétique***

Il s'agit d'une complication chronique de l'hyperglycémie : elle est fréquemment présente au début du diagnostic du diabète de type 2. Sa prévalence augmente avec la durée du diabète et avec le mauvais contrôle glycémique. C'est la première cause de cécité en France chez les moins de 50 ans. Elle touche environ 45% des diabétiques traités par insuline, et 20% des diabétiques traités par hypoglycémiants oraux [7].

L'évolution est perfide car les symptômes fonctionnels (baisse de l'acuité visuelle) sont tardifs.

- ***La néphropathie diabétique***

Il s'agit d'une atteinte glomérulaire s'accompagnant d'une élévation de la pression intra glomérulaire.

Le diabète représente la première cause d'insuffisance rénale terminale en Europe (12 à 30%), ce qui peut imposer une dialyse ou une greffe rénale.

Il convient de pratiquer une fois par an, chez le diabétique de type 2, la recherche d'une protéinurie par une bandelette urinaire standard.

- ***La neuropathie diabétique***

C’est une complication plutôt tardive, au moins cliniquement.

Il est rare qu’elle précède la rétinopathie. Elle représente environ 50% des diabétiques après 20 ans d’évolution de la maladie.

À exposition identique à l’hyperglycémie, la présence et l’expression de la neuropathie sont très variables. D’autres facteurs favorisants sont à prendre en compte :

- une grande taille (en raison de la plus grande longueur des fibres nerveuses),
- le tabagisme,
- l’âge (la fréquence est très grande au-delà de 65 ans),
- la présence d’une artérite des membres inférieurs,
- l’alcool.

❖ ***Les complications macroangiopathiques***

Elles correspondent à une atteinte vasculaire qui touche les artères musculaires de calibre supérieur à 200 microns.

La prévention cardiovasculaire est le problème majeur des diabétiques de type 2, en effet trois quarts d’entre eux meurent d’une cause cardiovasculaire et plus de la moitié d’entre eux décèdent d’une insuffisance coronaire.

- Le risque de syndrome coronarien aigu est multiplié par 2 à 4 et 30% des infarctus du myocarde (IDM) sont silencieux [8],
- Le risque d’accident vasculaire ischémique est multiplié par 1,5 à 2,
- Le risque d’artériopathie oblitérante des membres inférieurs est multiplié par 5 à 10,

De plus, la mortalité des AVC et des IDM est supérieure chez les patients diabétiques, le risque de décès est multiplié par 2 environ.

❖ ***Les lésions podologiques***

Elles sont dues à la neuropathie et l'artériopathie seules ou combinées. Au cours de sa vie, un diabétique sur dix subira au moins l'amputation d'un orteil. Le risque d'amputation est multiplié par 14 [9].

❖ ***La nécessité des soins des dents***

C'est une généralité particulièrement pertinente chez le diabétique, qui encourt essentiellement la maladie parodontale. Le diabète augmente de 3 fois le risque de développer une parodontite. Elle sera d'autant plus sévère que le diabète est ancien [10].

Une meilleure prévention des complications permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients diabétiques de type 2. Pour cela l'éducation thérapeutique est fondamentale pour que le patient puisse au mieux gérer sa maladie et limiter l'apparition de complications graves.

2.2 PREVALENCE ET INCIDENCE DU DIABETE DE TYPE II EN FRANCE ET DANS LES LANDES

2.2.1 Prévalence

En France, la prévalence du diabète de type 2 traité pharmacologiquement en 2009 a été estimée à environ 2.7 millions.

L'augmentation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est importante et représente une augmentation de 6% par an entre 2000 et 2009 [11].

En 2012 on dénombrait 19 642 diabétiques dans les Landes, en 2013 on en dénombrait 20 051. En 2013, la prévalence du diabète était de 5,02% dans les Landes avec un âge moyen de 68,3 ans [12].

2.2.2 Incidence

L'incidence du diabète est difficile à évaluer en France, on peut l'estimer en se rapprochant des trois principaux régimes de l'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA) afin de dénombrer les nouveaux cas de prise en charge pour ALD-diabète.

Une étude a été réalisée entre 2000 et 2006. En 2006 environ 178 000 personnes ont été admises en ALD-diabète en France métropolitaine. Globalement, le nombre d'admissions a augmenté de 2000 à 2006, soit une augmentation de 32%, quels que soient l'âge et le sexe.

Son incidence est maximale entre 74 et 79 ans [11].

L'augmentation de la prévalence et de l'incidence du diabète de type 2 en France montre l'importance d'améliorer sa prise en charge.

2.3 COUT GLOBAL DE LA PRISE EN CHARGE

Une publication d'ENTRED [13] a analysé les données 2007 de prise en charge des patients adultes diabétiques de type 2 affiliés au régime général.

En moyenne les patients diabétiques ont consulté neuf fois leur médecin généraliste et 67% d'entre eux ont été vus au moins six fois. A l'inverse, seulement 10% des patients ont vu un endocrinologue.

D'après les données déclarées par les patients, 20% d'entre eux ont eu une consultation de diététique au cours de l'année, et 23% une consultation par un podologue/pédicure.

D'après les données de remboursement, 44% des patients ont réalisé les trois dosages de l'HbA1c recommandés dans l'année.

Seulement 2% des patients ont bénéficié de tous les examens de suivi recommandés, et un peu plus de 12% ont eu les trois dosages de l'HbA1c, la consultation ophtalmologique et l'électrocardiogramme ou la consultation de cardiologie dans l'année. En évaluant l'étude ENTRED réalisée en 2001 et en 2007, le suivi des patients diabétiques est meilleur en 2007 qu'il ne l'était en 2001-2003.

Concernant le contrôle glycémique par antidiabétique oral, 41% des patients étaient traités par monothérapie, 32% par bithérapie et 8% par trois ou plus d'antidiabétiques oraux. L'insuline était prescrite chez un peu plus de 19% des patients (pour 11% des patients en association avec un traitement oral et pour 9% seule).

Le coût des soins du diabète a été estimé à partir des données d'ENTRED, sur l'échantillon des adultes diabétiques de type 2 vivant en métropole. Les coûts portaient sur le remboursement des soins ambulatoires (honoraires médicaux, kinésithérapie, soins infirmiers, biologie, pharmacie, dispositifs médicaux, les transports et autres dépenses de médecine de ville) et des soins hospitaliers (hospitalisation en établissements publics ou privés anciennement sous dotation globale (CHS ET PSPH) et établissements privés, y compris les honoraires).

Tous diabétiques confondus, le remboursement moyen annuel était estimé en 2007 à 5300 euros par personne soit 4890 euros pour les diabétiques de type 2.

Le montant total extrapolé à tous les régimes de l'Assurance maladie France entière des remboursements aux personnes diabétiques traitées pharmacologiquement était estimé à 12,5 milliards d'euros en 2007.

Les plus gros postes de dépenses sont représentés par l'hôpital soit 37% des dépenses globales et par les médicaments soit 27% des dépenses globales. Viennent ensuite les soins infirmiers (8,4%), les honoraires médicaux (7,8%), les dispositifs médicaux (7,7%), les transports (2,9%), la biologie (2,8%) et les soins dentaires (1,0%).

Le montant de remboursement est plus élevé pour les patients les plus âgés, dont le diabète est ancien, avec des complications micro ou macrovasculaires, avec des comorbidités majeures, ou pour ceux traités par insuline.

Ces chiffres permettent de se rendre compte de l'importance d'un programme d'ETP en ambulatoire. En effet, un grand nombre de patients diabétiques de type 2 ne sont pris en charge que par leur médecin généraliste. De plus, le coût de remboursement des soins montre l'importance de l'ETP afin que les patients participent eux même à leur prise en charge dans le but de l'améliorer.

2.4 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIABETIQUES EN AMBULATOIRE

La maladie se manifeste généralement après l'âge de 40 ans et est diagnostiquée à un âge moyen proche de 65 ans [14]. Ce sont très majoritairement les médecins généralistes qui prennent en charge les patients diabétiques de type 2. Selon la dernière enquête ENTRED réalisée entre 2007 et 2010, 18% seulement des diabétiques de type 2 ont consulté un endocrinologue au cours des deux dernières années versus 51% pour les diabétiques de type 1 [15].

La pratique du dépistage systématique en France est très repandue puisque l'on peut estimer le nombre de diabétiques non diagnostiqués à environ 1% de la population entre 18 et 74 ans [16].

Selon l'HAS 2003 [17], le dépistage s'effectue le plus souvent par le médecin généraliste. Il est proposé à l'occasion d'une consultation médicale aux personnes âgées de plus de 45 ans ayant au moins un des facteurs de risque suivant :

- origine non caucasienne, surpoids (IMC > 25 kg/m²),
- hypertension artérielle traitée ou non traitée,
- dyslipidémie,
- antécédent familial de diabète au premier degré,
- antécédent de diabète gestationnel,
- naissance d'un enfant pesant plus de 4 kg,
- une dyslipidémie traitée ou non traitée,
- un traitement pouvant induire un diabète ou un antécédent de diabète induit.

Ce dépistage doit être réalisé tous les trois ans.

Une fois le diagnostic posé selon les critères de l'OMS, la prise en charge du patient diabétique doit être globale, et doit prendre en compte les facteurs de risque cardiovasculaire (FdRCV) ainsi que les comorbidités du patient.

Les diabétiques de type 2 ont des modifications majeures de leur FdRCV : élévation des triglycérides, diminution du HDL-cholestérol, HTA et obésité. Cette accumulation de FdRCV, qui s'associe à un hyperinsulinisme, explique le risque coronaire majeur lié au diabète de type 2 [18].

Les principales composantes du traitement initial pour lutter contre ces FdRCV sont l'application des règles hygiéno-diététiques (RHD) :

- l'activité physique régulière 30 minutes / jour car elle diminue et stabilise la glycémie et la pression artérielle,
- l'amélioration de l'équilibre nutritionnel,
- l'arrêt du tabac car il majore le risque cardiovasculaire [19].

L'éducation thérapeutique ciblée dès le début du diagnostic est donc fondamentale pour que le patient puisse s'adapter à sa maladie et participer à sa prise en charge. Si ces mesures sont insuffisantes, un traitement médicamenteux s'impose au bout de 6 mois mais les RHD doivent être poursuivies au long cours.

2.5 INTERET DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

2.5.1 Définition

Selon l'OMS l'éducation thérapeutique doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie [20].

Elle fait donc partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient porteur d'une maladie chronique. Il va acquérir des connaissances sur sa maladie dans le but d'avoir des compétences. Ses connaissances lui permettront alors de s'autogérer.

La finalité de l'ETP est d'améliorer la santé du patient, sa qualité de vie et de celle de ses proches. Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et pour la société. [3].

Il est donc nécessaire de proposer une ETP à tout patient diabétique de type 2 récemment diagnostiqué ou à tout moment de l'évolution de la maladie si elle n'avait pas été proposée antérieurement.

En cas de refus, il faudra réitérer la proposition.

Les proches peuvent aussi avoir accès à l'éducation s'ils le souhaitent, avec l'accord du patient pour une meilleure gestion de la maladie et assurer un soutien au quotidien.

2.5.2 Cadre légal et quelques chiffres

❖ ***Cadre légal***

L'ETP est inscrite dans l'article 84 de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) comme un élément du parcours de soin. En effet, « elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie » [21].

Pratiquer l'éducation thérapeutique nécessite une formation spécifique et agréée pour tous les professionnels de santé qui souhaitent l'exercer.

Les programmes d'ETP sont conformes à un cahier des charges national. Pour être mis en œuvre au niveau local, ces programmes doivent obligatoirement être autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ils sont proposés aux malades par le médecin prescripteur.

Un programme d'ETP doit préciser les objectifs, la population concernée, les modalités d'organisation, les compétences des professionnels de santé, les éléments d'évaluation du programme et le financement. Ceci d'après le décret du 2 août 2010 relatif à la condition d'autorisation des programmes d'éducation d'ETP [22].

L'autorisation est valable quatre ans et peut être renouvelée par le directeur général de l'ARS pour une durée identique. Le renouvellement doit être demandé au plus tard quatre mois avant sa date d'expiration.

Le programme éducatif de l'équipe de diabétologie de Dax a reçu l'autorisation de l'ARS Aquitaine.

❖ ***Quelques chiffres***

En 2012, près de 2 700 programmes d'ETP étaient autorisés par l'ARS [23].

Pourtant l'analyse du contexte français fait apparaître qu'une faible proportion de patients atteints d'une maladie chronique a réellement accès à l'offre d'éducation thérapeutique.

En 2005, une enquête a été réalisée auprès de quatre Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) afin de décrire l'offre ambulatoire et hospitalière en éducation thérapeutique.

Le secteur hospitalier représentait 78% des structures à avoir une action organisée d'éducation thérapeutique. Ce pourcentage s'explique par une plus grande facilité à organiser et à financer un programme d'ETP en milieu fermé.

L'ETP en ville est encore trop peu développée.

En ville, l'éducation thérapeutique se développe à partir d'associations comme la Maison du diabète, les réseaux, les associations de patients mais aussi à partir du secteur privé (industrie pharmaceutique) [24].

2.5.3 Déroulement d'un programme d'éducation thérapeutique

La mise en œuvre d'une éducation thérapeutique doit être structurée à partir d'un programme et d'une planification par étape. Il s'agit de réaliser un diagnostic éducatif afin d'intégrer les patients aux séances d'éducation puis d'évaluer leurs connaissances.

2.5.3.1 Diagnostic éducatif

En 1995, D'Ivernois et Gagnayre ont proposé un diagnostic éducatif selon cinq dimensions :

- ***Dimension biomédicale :*** Qu'est-ce qu'il a ?

Ancienneté de la maladie, son évolution, sa sévérité.

- ***Dimension socio-professionnelle :*** Qu'est-ce qu'il fait ?

Situation familiale, lieu de vie, profession, loisirs et activité physique, addictions éventuelles.

- ***Dimension cognitive :*** Qu'est-ce qu'il sait ?

Sur sa maladie et ses complications, la surveillance et le traitement du diabète. Quelle(s) conséquence(s) sa maladie a sur lui et ses proches.

- ***Dimension psycho-affective :*** Qui est-il ? Que ressent-il ?

Comment se représente-t-il la maladie, le traitement ? Quelles sont ses inquiétudes ? Stade de processus d'acception de la maladie (choc initial, déni, révolte, marchandage, dépression et enfin acceptation).

- ***Projets du patient*** : Quels projets ?

Familial, professionnel, loisirs [25].

L'OMS définit le diagnostic éducatif comme la « première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. » [20].

Le diagnostic éducatif permet d'apprendre à connaitre le patient et à le comprendre. Ces informations recueillies doivent permettre aux soignants d'identifier les compétences dont le patient aura besoin dans son quotidien pour gérer sa maladie.

Un diagnostic éducatif est établi par un soignant lors du premier entretien. De façon optimale, il est le fruit d'une collaboration d'une équipe pluridisciplinaire.

2.5.3.2 Les séances éducatives

Une fois le diagnostic éducatif établi, un programme personnalisé d'ETP est élaboré pour chaque patient avec différents objectifs à atteindre. Tout d'abord, il faut formuler les compétences à acquérir en vue du projet de chaque patient et de la stratégie thérapeutique.

Ce programme doit être communiqué sans équivoque aux patients et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de celui-ci. Les professionnels de santé se réfèrent à un programme d'ETP structuré et validé.

Les séances éducatives sont collectives ou individuelles ou en alternance afin de répondre au mieux aux besoins et à l'attente de chaque patient. En effet, ses séances doivent être accessibles à tous, en tenant compte du milieu culturel, de l'origine, d'un éventuel handicap, de l'éloignement géographique et de l'évolution de la maladie [3].

Elles sont menées par une équipe pluri-professionnelle formée à la démarche d'ETP et aux techniques pédagogiques, engagée dans la coordination des actions.

Les séances durent habituellement environ 45 minutes et se composent d'un groupe de trois à dix personnes au maximum. Ces groupes rassemblent au mieux des patients qui ont des objectifs similaires. Chaque fois que cela est possible, ces séances sont enrichies par le retour d'expérience des patients et de leurs proches [26].

2.5.3.3 Evaluation

L'évaluation de l'ETP est individuelle et est réalisée par le professionnel de santé, au minimum à la fin du programme.

L'objectif est de faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer mais aussi sur ce qui lui reste à apprendre.

Cette évaluation est aussi propice aux échanges entre le patient et le professionnel quant au vécu de son diabète au quotidien, son auto-détermination et sa façon d'agir.

Le diagnostic éducatif sera alors réactualisé, une nouvelle offre d'éducation peut être proposée aux patients en tenant compte de leur parcours et de leur volonté [3].

3. BUT DE NOTRE ETUDE

Il s'agit d'une étude avant/après dont le but est d'étudier l'intérêt pour un patient diabétique de type 2 adressé par le médecin généraliste de participer à des séances d'ETP délocalisées en EHPAD, hors milieu hospitalier.

L'objectif principal est d'évaluer l'acquisition des compétences et les modifications de comportement des patients ayant participé à ce programme. L'évolution de l'HbA1c sera aussi étudiée.

L'objectif secondaire est d'évaluer la satisfaction du patient et des médecins traitants.

4. MATERIEL ET METHODE

4.1 MATERIEL

Nous avons inclus tous les patients diabétiques de type 2 adressés par les médecins généralistes du secteur de Mimizan à ce programme d'ETP entre le 29 janvier 2015 et le 12 octobre 2016, et qui ont participé à l'ensemble du programme.

Nous avons exclu les patients ayant déjà participé antérieurement à d'autres programmes d'ETP. (En particulier au centre hospitalier de Dax).

4.2 METHODE

Ce sont les médecins généralistes qui adressent leurs patients aux séances éducatives. Le médecin donne une information orale à ses patients. Les rendez-vous sont pris auprès de l'infirmière d'éducation de Dax par les patients ou le médecin.

Les patients se rendent ensuite à l'EHPAD de Mimizan muni d'un courrier de leur médecin traitant, de leur ordonnance de traitement et de leur dernière prise de sang.

Trois membres de l'équipe de diabétologie de Dax se déplacent environ tous les deux mois à Mimizan. Il s'agit de la chef de service de diabétologie, d'une infirmière d'éducation et de la diététicienne du service. Toutes ont été formées à l'ETP.

Lors du premier entretien chaque patient a bénéficié d'un diagnostic éducatif (ci-joint annexe 1) afin d'établir un programme éducatif personnalisé, et de choisir ainsi les ateliers. Les

dates de déroulement des séances éducatives ont été communiquées au patient à la fin de cet entretien.

Au total, 7 ateliers sont réalisés au sein de l'EHPAD de Mimizan (Ci-joint annexe 2) :

- L'équilibre alimentaire : le patient doit être capable d'avoir une alimentation équilibrée.
- Les matières grasses : le patient doit être capable d'équilibrer ses apports lipidiques.
- Les équivalences glucidiques : le patient doit être capable d'avoir un apport glucidique adapté.
- L'auto-surveillance glycémique ASG : Le patient doit être capable de réaliser une auto-surveillance glycémique et de connaitre ses objectifs.
- L'hypoglycémie : Le patient doit être capable de reconnaitre les symptômes de l'hypoglycémie et de la gérer.
- Les techniques d'auto-injection : le patient doit être capable de réaliser correctement une injection d'insuline.
- L'adaptation de dose : Le patient doit être capable d'adapter ses doses d'insuline en fonction de la glycémie.

Des documents correspondant aux différents ateliers sont remis aux patients à la fin de chaque séance.

L'évaluation des connaissances des patients s'est déroulée fin 2015 pour les patients ayant participé aux séances éducatives en 2015, et fin 2016 pour les patients ayant participé aux séances éducatives en 2016.

Pour cela un questionnaire d'évaluation a été établi à partir du diagnostic éducatif comprenant 13 questions évaluant les connaissances des patients et 2 questions évaluant la satisfaction du programme (ci-joint annexe 3).

Une Hba1c a été dosée au moment du diagnostic éducatif, une autre 3 à 4 mois après et à la fin du programme éducatif.

Un questionnaire a été adressé aux 8 médecins généralistes de Mimizan afin d'évaluer leur satisfaction sur ce programme éducatif (ci-joint annexe 4).

4.3 ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données a été faite sur un tableau Excel.

Un test de Khi-deux de MacNemar a été appliqué afin de déterminer si l'éducation thérapeutique a permis une amélioration à la réponse au questionnaire. Le test de Khi-deux de MacNemar a été appliqué pour chaque question.

Les résultats ont été considérés comme significatifs pour un $p \leq 0.05$.

Pour comparer la moyenne des Hba1c avant et après éducation, un test t de Student pour données appareillées a été utilisé. Le résultat a été considéré comme significatif pour un $p \leq 0.05$.

5. RESULTATS

5.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Au total 34 patients ont été adressés par leur médecin généraliste aux séances éducatives à Mimizan.

Vingt et un patients ont participé à l'ensemble du programme.

Deux patients ne sont jamais venus, 6 patients n'ont été présents que pour l'élaboration du diagnostic éducatif et ont refusé de participer aux séances éducatives.

Deux patients ont refusé de venir à l'évaluation et 3 patients ont nécessité d'être pris en charge à Dax en hospitalisation de semaine.

L'âge moyen des patients était de 67,8 ans et variait entre 52 et 79 ans. La durée moyenne d'évolution de leur diabète était de 10,4 ans et variait de 6 mois à 30 ans.

- Un patient était sous RHD seul,
- Quatorze patients étaient sous antidiabétiques oraux seuls,
- Cinq patients étaient sous monothérapie,
- Cinq patients étaient sous bithérapie,
- Trois patients étaient sous trithérapie.

Un patient était sous sitagliptine, metformine VELMETIA®, répaglinide NOVONORM® et glicazide DIAMICRON®.

Neuf patients étaient sous glinide ou sulfamide hypoglycémiant.

- Six patients étaient sous traitement mixte (insuline et antidiabétiques oraux).
- Aucun patient n'était sous basal bolus.

Participation des patients aux différents ateliers en fonction de leur diagnostic éducatif :

	Equilibre alimentaire	Matières grasses	Equilibre glucidique	ASG	Adaptation de dose	Hypo	Technique D'injection
Nombre de patients	21	5	5	3	7	12	2

L'ensemble des patients a participé à l'atelier « équilibre alimentaire ».

L'ensemble des patients sous insuline a participé à l'atelier « adaptation de dose ».

5.2 ATTEINTE DES OBJECTIFS

5.2.1 Objectif primaire : Evaluation des connaissances avant et après éducation

❖ ***Question 1*** **: Qu'est-ce que la glycémie ?**

Dix-neuf patients sur 21 étaient capables de la définir avant éducation, ils étaient 20 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,317 (>0.05).

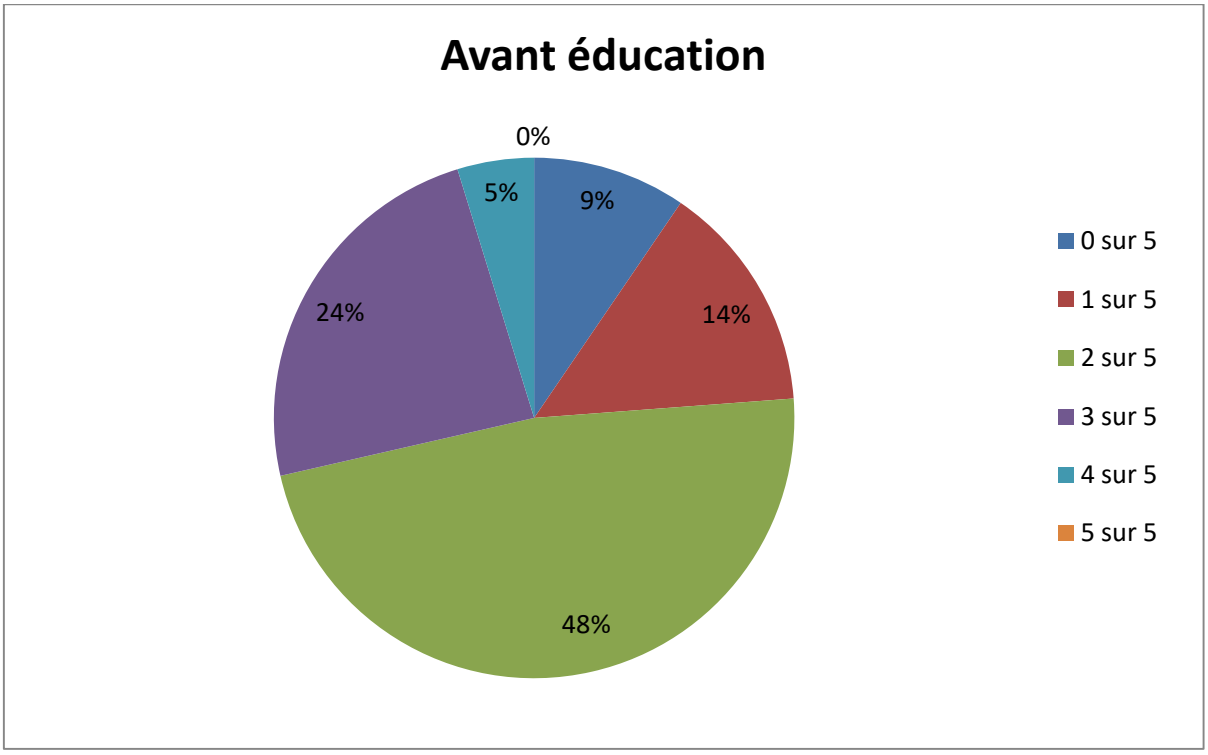
❖ ***Question 2 : Qu'est-ce qu'une glycémie normale ?***

Dix-huit patients sur 21 étaient capables de donner la valeur d'une glycémie normale avant éducation, ils étaient 17 à la connaitre après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,564 (>0.05).

❖ ***Question 3 : Citez les complications liées au diabète***

Seize patients sur 21 étaient capables de citer au moins 2 complications avant éducation, ils étaient 17 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,655 (>0.05).

Six patients étaient capables de citer au moins 3 complications avant éducation contre 13 après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,035 (p <0.05).



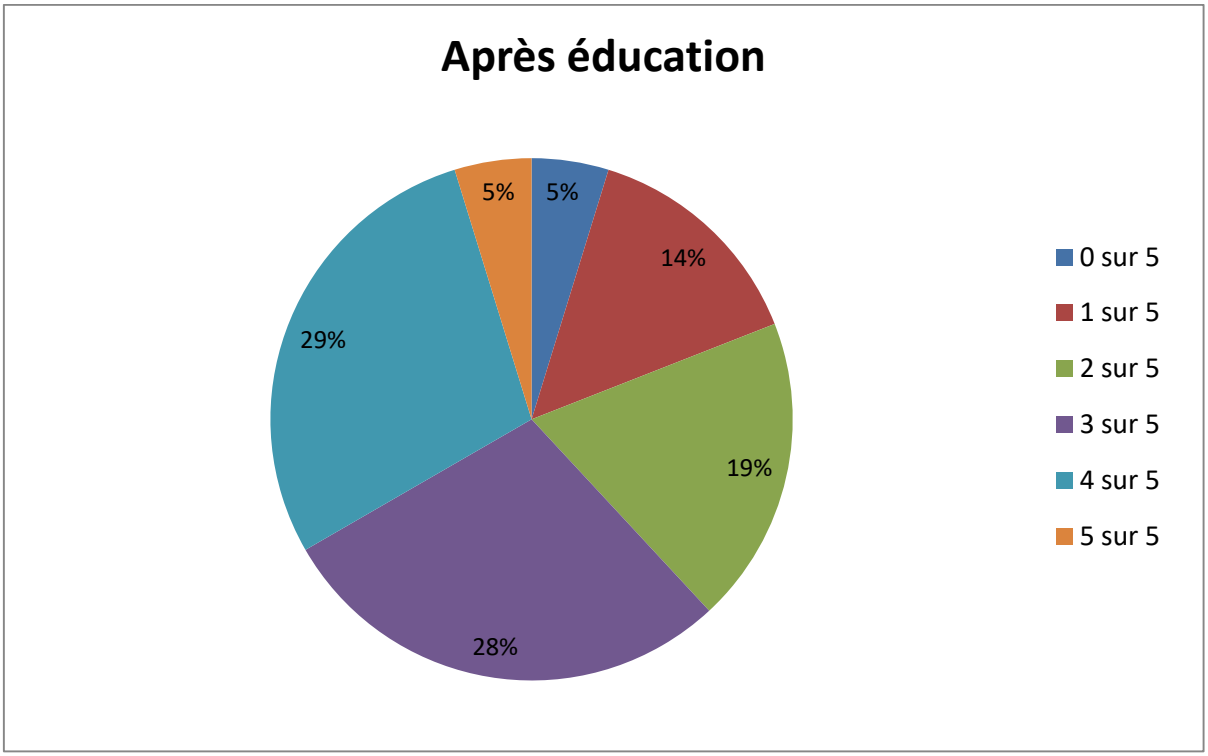


Figure 2 : évaluation de la capacité à citer les complications du diabète de type 2 avant et après éducation

❖ ***Question 4* : Quel est votre traitement pour le diabète ?**

Cette question n'a pas pu être exploitée car elle n'a pas été posée en tant qu'évaluation des connaissances avant la séance éducative.

❖ ***Question 5: Expliquez à quoi servent vos médicaments pour le diabète :***

Sur les 20 patients sous traitement, 16 patients étaient capables de dire à quoi ils servent contre 20 après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,046 (p <0.05).

❖ ***Question 6 : Si vous faites une injection d'insuline, comment adaptez-vous la dose ?***

Sur les 7 patients sous insuline, 6 patients n'était pas capables d'adapter la dose avant éducation, et 1 patient l'adaptait mal. Ils étaient 5 patients sur 7 à être capable de le faire après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,025 (p <0.05).

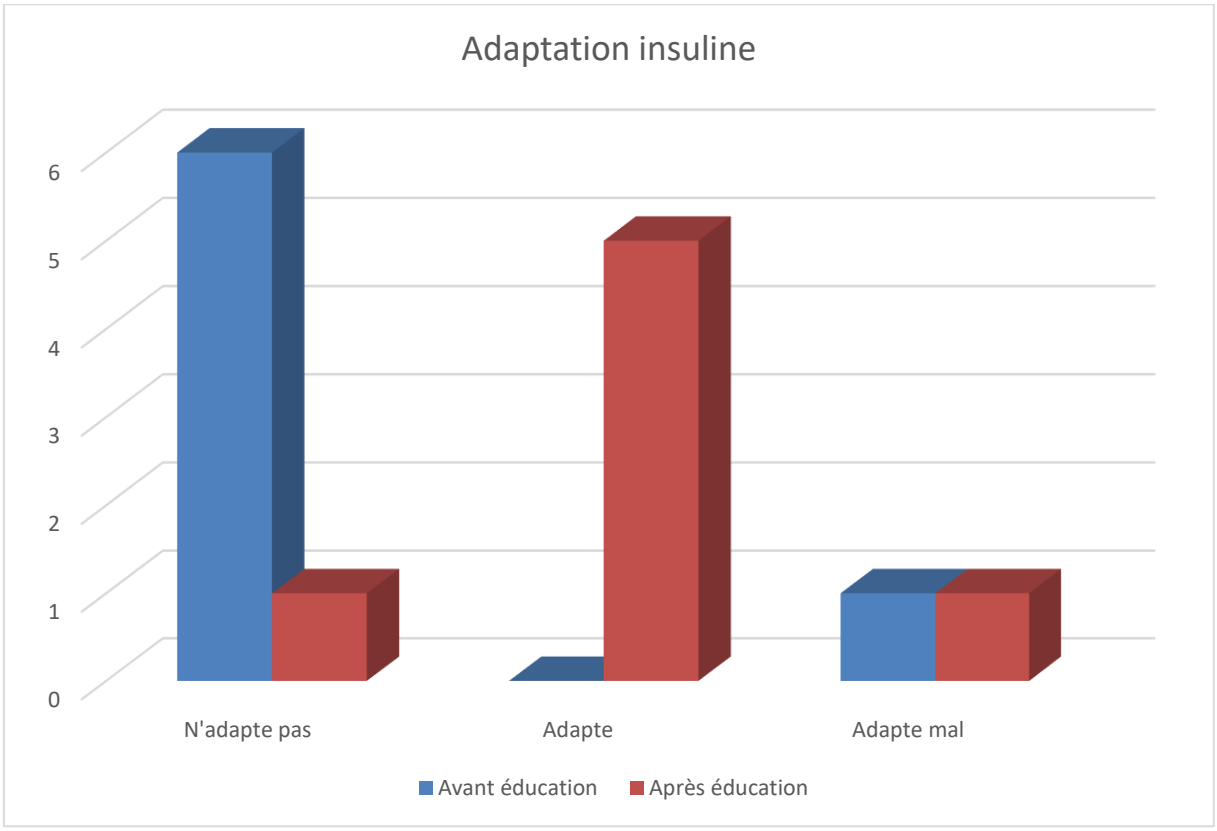


Figure 3: Evaluation de la capacité à adapter correctement la dose d'insuline avant et après éducation.

❖ ***Question 7 : Qu'est-ce qui permet de savoir que votre diabète est bien équilibré ?***

Dix-huit patients sur 21 connaissaient l'hémoglobine glyquée avant éducation contre 16 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,414 (>0.05).

❖ ***Question 8 : Comment surveillez-vous votre diabète et son retentissement sur votre santé ?***

Treize patients sur 21 connaissaient les règles hygiéno-diététiques avant éducation contre 19 après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,034 (p <0.05).

❖ ***Question 9 : Quels sont vos objectifs glycémiques ? A jeun et après manger ?***

Sur les 12 patients qui avaient des objectifs glycémiques, 8 patients étaient capables de donner leurs objectifs à jeun avant éducation contre 12 après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,046 (p <0.05).

Deux patients sur 12 étaient capables de donner leurs objectifs à jeun et après manger avant éducation contre 8 après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,014 (p <0.05).

❖ ***Résultat question 10 : Qu'est-ce qu'une hypoglycémie ? Que faites-vous lorsque cela vous arrive ?***

Huit patients sur 12 savaient réagir en se resucrant avant éducation, ils étaient 12 à savoir le faire après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,046 (p <0.05).

❖ ***Question 11 : Que signifie le mot lipide ?***

- Citez des aliments qui apportent des acides gras saturés (graisses animales) :
- Citez des aliments qui apportent des acides gras insaturés (oméga 3/graisses végétales)

Trois patients sur 21 connaissaient le mot lipide avant éducation contre 7 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,102 (>0.05).

Sept patients sur 21 étaient capables de citer au moins un aliment faisant parti du groupe des lipides avant éducation, il en était de même après éducation. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 1 (>0.05).

Sur les 5 patients ayant participé à l'atelier « Matières grasses », 2 patients faisaient la différence entre les acides gras saturés et insaturés et étaient capables de nommer un aliment de chaque avant éducation contre 1 sur 5 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,317 (>0.05).

❖ ***Question 12 : Que signifie le mot glucide ?***

- Citez des aliments qui apportent des glucides lents :
-Citez des aliments qui apportent des glucides rapides :

Neuf patients sur 21 connaissaient le mot glucide avant éducation contre 11 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,414 (>0.05).

Douze patients sur 21 étaient capables de citer au moins un aliment faisant parti du groupe des glucides avant éducation contre 19 après. Il y a une différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,008 (<0.05).

Sur les 5 patients ayant participé à l'atelier « Equilibre glucidique » 4 patients sur 5 faisaient la différence entre les glucides lents et rapides et étaient capables de nommer un aliment de chaque avant éducation contre 5 sur 5 après. Il n'y a pas de différence significative de la réponse à la question avant et après éducation p = 0,317 (>0.05).

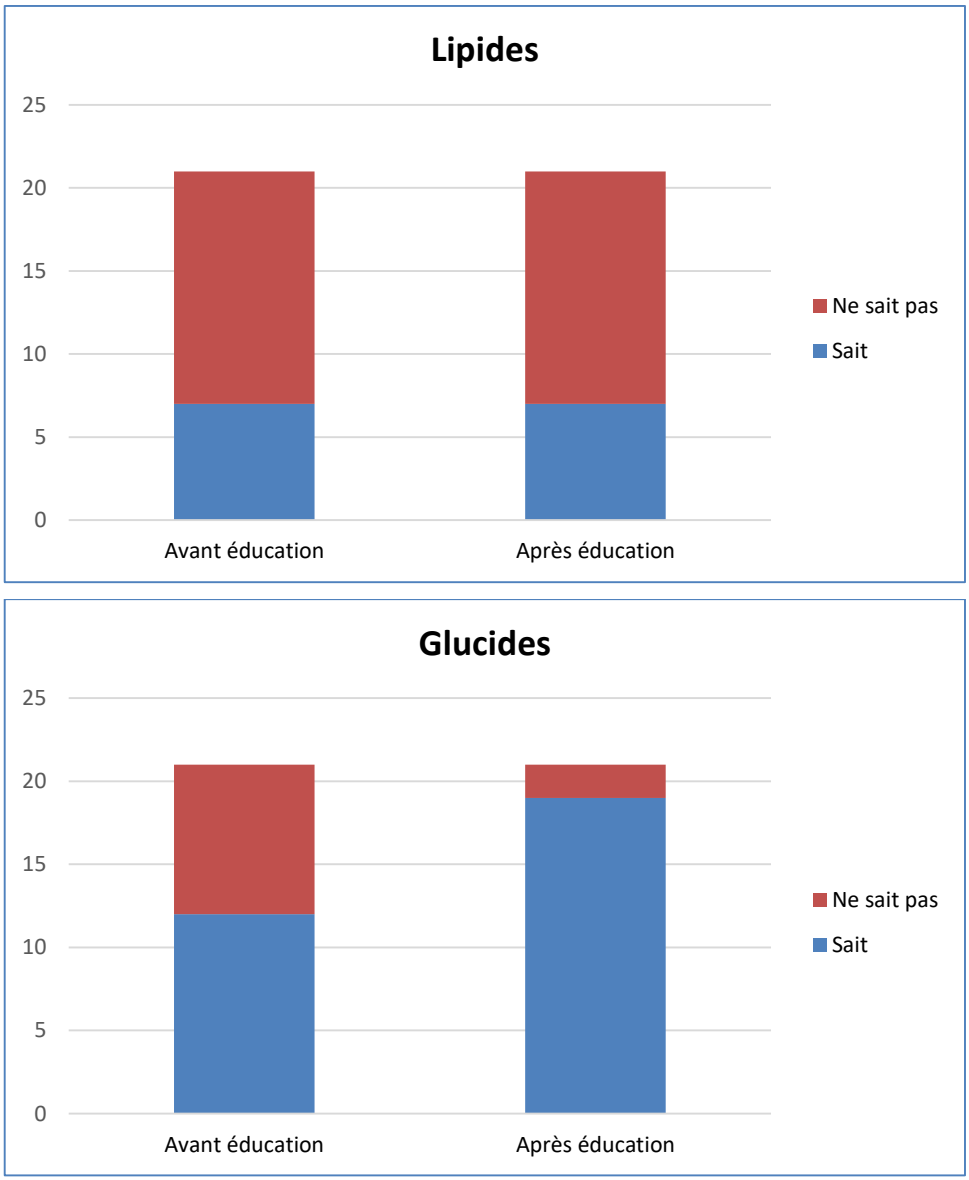


Figure 4:Evaluation de la capacité des patients à donner au moins un aliment faisant parti du groupe des lipides et des glucides avant et après éducation.

5.2.2 Evaluation du changement de comportement après éducation

❖ ***Question 13 : Depuis votre participation aux ateliers, en quoi avez-vous changé vos habitudes de vie ?***

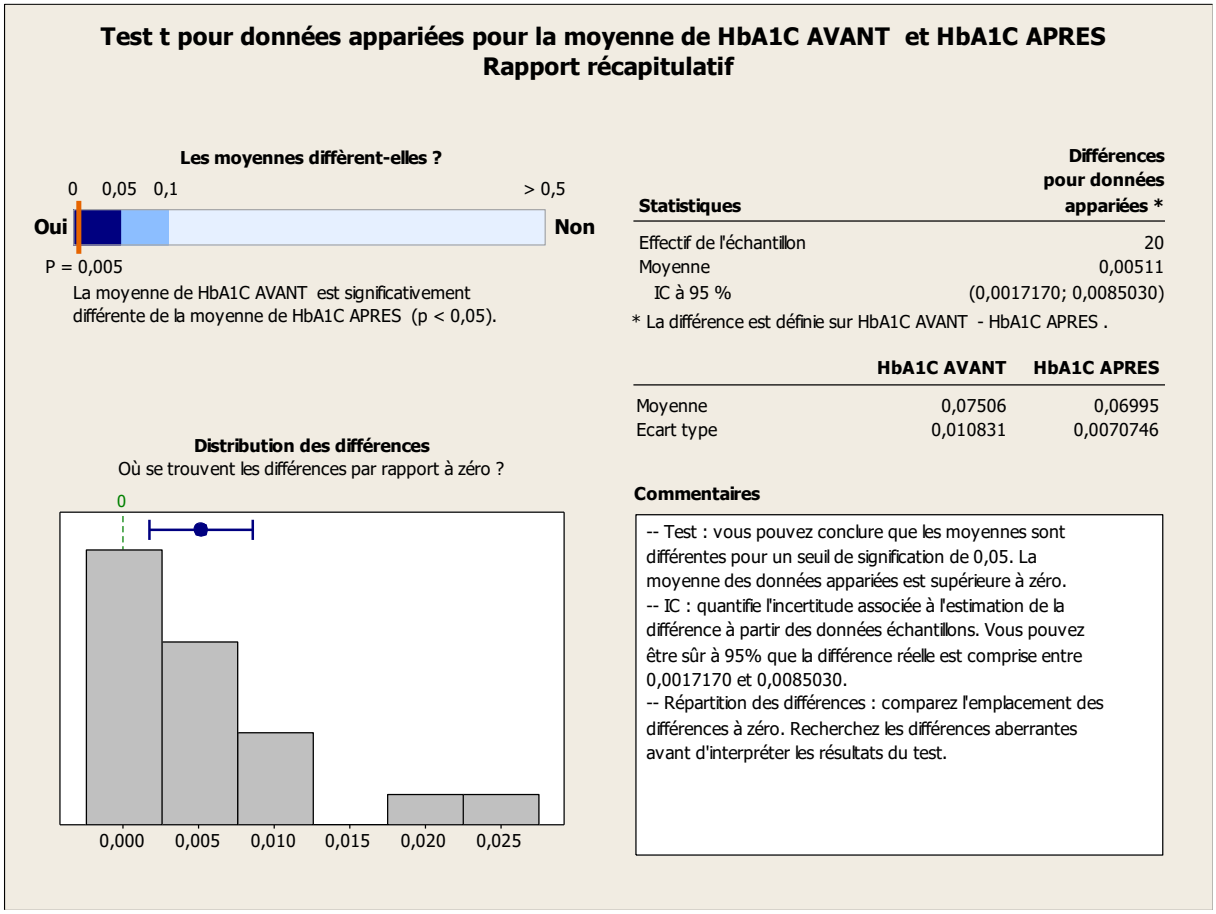
Au total 16 patients sur 21 affirment avoir changé de comportement alimentaire suite à l'éducation. Sur ces 16 patients, 3 d'entre eux affirment s'être mis à la pratique d'une activité physique. Cinq patients ont affirmé ne pas avoir modifié leur comportement depuis l'éducation. La raison était qu'ils estimaient avoir déjà une alimentation équilibrée et pratiquer de l'exercice physique.

5.2.3 Evaluation de l'Hba1c avant et après éducation

Un patient n'a pas réalisé de prise de sang à la fin du programme éducatif.

	Avant éducation	**Après éducation**
Patient 1	8.40%	7.50%
Patient 2	8.00%	8.10%
Patient 3	7.20%	7.00%
Patient 4	7.10%	7.30%
Patient 5	8.40%	7.70%
Patient 6	9.30%	7.20%
Patient 7	8.10%	7.80%
Patient 8	6.60%	6.30%
Patient 9	6.10%	6.00%
Patient 10	5.52%	5.30%
Patient 11	7.10%	7.30%
Patient 12	8.30%	7.10%
Patient 13	9.60%	7.20%
Patient 14	6.40%	6.50%
Patient 15	7.00%	6.50%
Patient 16	7.80%	7.40%
Patient 17	7.10%	6.40%
Patient 18	7.50%	7.60%
Patient 19	6.50%	NON FAITE
Patient 20	8.50%	7.50%
Patient 21	6.10%	6.20%

Figure 5: Evaluation de l'Hba1c avant et après éducation



Il y a donc une différence significative entre la moyenne des Hba1c avant et après éducatif avec p = 0.005 (p<0,05)

5.2.4 Objectif secondaire : Evaluation de la satisfaction des patients

❖ ***Question 1*** **: Avez-vous été satisfait(e) des séances d'éducation ? Si non, pourquoi ?**

Dix-huit patients sur 21 ont été satisfaits du programme éducatif qui leur a été proposé, la principale raison était d'avoir pu améliorer leur alimentation. Une autre raison concernant les patients sous insuline était d'avoir gagné en autonomie par rapport à leurs traitements et principalement le fait d'être capable d'adapter la dose d'insuline. Les patients ont aussi apprécié la participation de leur conjoint aux séances éducatives.

Trois patients n'ont pas été satisfaits, pour l'un d'entre eux les séances éducatives ont été perçues comme une « punition », de plus il n'a pas apprécié d'être en groupe et aurait préféré une éducation individuelle. Pour les deux autres patients, les séances éducatives en groupe ont été vécues comme un cours, « l'impression d'être à l'école ».

❖ ***Question 2 : A l'avenir, si d'autres ateliers étaient organisés au sein du futur pôle santé, y participeriez-vous ? Si non pourquoi ?***

Dix-neuf patients sur 21 souhaitent participer aux séances éducatives qui seront proposées au sein du pôle de santé. Toutefois on note qu'un patient non satisfait des séances en groupe souhaite tout de même y participer afin d'améliorer la prise en charge de son diabète.

5.2.5 Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes de Mimizan

Un questionnaire a été adressé aux huit médecins généralistes de Mimizan et à l'un des médecins de Pontenx-les-Forges ayant aussi adressé ses patients au programme éducatif.

❖ ***Question 1 : Pratiquez-vous une certaine éducation chez vos patients atteints d'une maladie chronique ?***

Si oui par quel moyen ? :

- ***information***
- ***sensibilisation***
- ***apprentissage***
- ***autre***

Si non pourquoi ? :

- ***manque de temps***
- ***manque de connaissance de l'ETP***
- ***manque de financement***
- ***autre***

Sept médecins sur 9 déclarant pratiquer une certaine éducation chez leurs patients font en fait de l'information et de la sensibilisation. Les médecins se servent essentiellement d'un entretien individuel, trois d'entre eux utilisent des supports écrits avec remise de documents sur les RHD (alimentation, recettes).

Trois médecins ont aussi déclaré mettre en œuvre un apprentissage de la technique d'injection d'insuline à l'aide de système placébos de démonstration et en donnant aux patients des objectifs glycémiques.

Deux médecins ne pratiquent pas d'éducation par manque de temps.

❖ ***Question 2 : Sur quels critères adressez-vous vos patients diabétiques de type 2 aux séances éducatives en ambulatoire ?***

Les médecins généralistes ciblent les patients qu'ils adressent aux séances éducatives en fonction de différents critères :

- Déséquilibre du diabète,
- Non-respect des RHD,
- Méconnaissance sur la maladie,
- Passage à l'insuline difficile,
- Profil psychologique du patient,
- Patients nouvellement diagnostiqués.

❖ ***Question 3 : Avez-vous eu beaucoup de refus de la part de patients ? Si oui, pour quelle raison selon vous ?***

Huit médecins sur 9 ont déclaré avoir eu de rares refus, mais connaissant leurs patientèles depuis de nombreuses années, certains d'entre eux ont avoué adresser les patients les plus motivés et susceptibles d'accepter de participer à l'ETP.

Un médecin a déclaré avoir eu de nombreux refus, ses patients ne se sentant pas concernés par leur maladie ou estimant avoir déjà les connaissances requises.

❖ ***Question 4 : Avez-vous observé un changement de comportement de vos patients après éducation ?***

L'ensemble des médecins a déclaré avoir observé un changement de comportement de leurs patients concernant l'équilibre alimentaire. Un médecin a déclaré que cela a renforcé sa relation médecin/patient, ses patients ayant gagné en spontanéité et posant d'avantage de questions lors des consultations.

❖ ***Question 5 : Ce programme éducatif répond-il à vos attentes ?***

L'ensemble des médecins a déclaré être satisfait de ce programme.

Un des médecins a déclaré être satisfait car cela permettait une prise en charge globale des patients par une équipe pluridisciplinaire.

Un des médecins a déclaré que l'objectif était de poursuivre cette prise en charge au sein du pôle santé en incluant les médecins généralistes, la diététicienne et les infirmiers(ères) locaux.

Deux médecins ont déclaré que ce programme leur a permis de les décharger de ce travail par manque de temps.

Un médecin a déclaré apprécier l'autonomisation de ses patients vis-à-vis de leurs traitements et en particulier pour l'adaptation des doses d'insuline.

Pour trois médecins l'assiduité de leurs patients n'est malheureusement pas bonne au cours du temps et nécessiterait une consolidation à 6 mois ou 1 an.

Certains médecins exerçant dans les communes voisines (2 médecins à Pontenx-les-Forges et 2 médecins à Sainte-Eulalie-en-Born) n'ont pas adressé de patients aux séances éducatives. Lors d'un entretien téléphonique avec deux d'entre eux, les principales raisons étaient un manque d'information sur ce programme éducatif et un manque de temps pour s'y investir.

6. DISCUSSION

6.1 DISCUSSION DES RESULTATS

6.1.1 Analyse de l'atteinte des objectifs

Notre étude révèle qu'avant éducation les patients avaient déjà des connaissances sur leur diabète. En effet 18 patients sur 21 connaissaient la valeur normale de la glycémie et l'Hba1c.

Il n'y a pas de différence significative concernant les connaissances sur la valeur normale d'une glycémie, la capacité à donner au moins deux complications du diabète et sa surveillance par le dosage de l'Hba1c avant et après éducation.

Nous pouvons constater qu'après éducation les patients ont approfondi leurs connaissances sur les complications du diabète. Nous observons un résultat statistiquement significatif concernant la capacité des patients à donner au moins 3 complications du diabète après éducation.

Nous constatons une amélioration statistiquement significative des connaissances après éducation concernant l'hypoglycémie (symptômes et la capacité à se resucrer) et les RHD.

Notre étude révèle aussi un résultat statistiquement significatif pour les patients sous insuline. L'ETP leur a permis de s'autonomiser en apprenant à adapter correctement la dose d'insuline.

Il en est de même pour les objectifs glycémiques, nous retrouvons un résultat significatif.

En revanche il reste toujours difficile pour les patients après éducation de citer des aliments appartenant au groupe des lipides et de faire la différence entre les acides gras saturés et insaturés. Les résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Nous observons un résultat statistiquement significatif concernant les connaissances des glucides, après éducation les patients étaient capables de reconnaitre les aliments faisant partie du groupe des glucides.

Nous nous sommes rendus compte qu'il était compliqué pour les patients de répondre aux questions 11 et 12 portant sur les lipides et les glucides, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. L'amélioration de l'Hba1c et le changement de comportement alimentaire des patients nous permettent tout de même d'apprécier l'efficacité des ateliers.

Au total nous pouvons constater une amélioration des connaissances des patients en ce qui concerne les objectifs de sécurité avec une différence statistiquement significative pour les items suivants :

- être capable de reconnaitre et de gérer une hypoglycémie,
- être capable de réaliser correctement une injection d'insuline,
- être capable d'avoir un apport glucidique équilibré.

De plus 16 patients sur 21 affirment avoir changé de comportement depuis l'éducation thérapeutique. Ces résultats sont en accord avec ceux constatés par les médecins généralistes. En effet les médecins ont pu observer un changement de comportement de leurs patients concernant l'équilibre alimentaire.

6.1.2 Analyse de la satisfaction des patients et des médecins généralistes

La satisfaction des patients est très bonne puisque 18 patients sur 21 ont répondu avoir apprécié les séances éducatives. Les principales raisons étaient d'avoir pu améliorer leur alimentation et avoir gagné en autonomie vis-à-vis de leurs traitements.

Les médecins de Mimizan sont dans l'ensemble satisfaits de l'ETP mise en place au sein de la maison de retraite car cela permet une prise en charge globale des patients par une équipe pluridisciplinaire.

On peut constater que les médecins de Mimizan pratiquent une certaine éducation de leurs patients en les informant et les sensibilisant sur leur maladie. Trois médecins sur 8 déclarent mettre en œuvre un apprentissage des techniques d'injection et donnent à leurs patients des objectifs glycémiques.

Les médecins ont confirmé que certains patients ont changé de comportement après éducation mais que leur assiduité n'est malheureusement pas bonne au long cours et que cela nécessiterait selon eux une consolidation à 6 mois ou 1 an.

6.1.3 Analyse des résultats de l'Hba1c

Notre étude révèle un résultat statistiquement significatif pour l'Hba1c ce qui est très satisfaisant et met en évidence l'efficacité de l'ETP en ambulatoire à Mimizan.

6.2 LIMITES DE NOTRE ETUDE

6.2.1 Méthode utilisée

Nous avons utilisé une étude avant/après dans laquelle seul le groupe de patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique a été suivi. L'idéal aurait été un essai contrôlé randomisé qui est la référence pour étudier une intervention sur la santé et comparer notre groupe de patients à un groupe témoin [27].

Une étude avant/après avec groupe-contrôle aurait donc pu être effectuée. La difficulté majeure de cette étude est d'avoir un groupe-témoin comparable en tout point avec le groupe bénéficiant de l'ETP.

Dans notre étude, constituer un groupe-témoin de patients diabétiques de type 2 n'aurait pas été possible. En effet les patients diabétiques de type 2 ne participant pas aux séances éducatives avaient soit un diabète équilibré ou ont refusé d'être éduqué. Pour certains patients trop déséquilibrés, une hospitalisation suite au diagnostic éducatif a été nécessaire.

6.2.2 L'échantillon

Tout d'abord, la répartition des patients/médecins traitants n'a pas été homogène.

L'étude a été réalisée au moment où l'ETP a débuté à Mimizan, ce qui peut expliquer que certains médecins n'aient adressé que peu de patients. En effet nous pouvons voir que depuis cette année, les médecins de Pontenx-les-Forges et de Saint-Julien-en-Born commencent eux aussi à adresser leurs patients diabétiques de type 2 aux séances éducatives.

Biais de sélection des patients :

Les patients suivant le programme devaient être :

- disponibles aux dates imposées par l'équipe de diabétologie de Dax qui venait environ une fois par mois sur Mimizan.
- suffisamment autonomes pour participer aux ateliers.
- volontaires pour participer à ce programme.

Vingt et un patients ont participé à l'ensemble du programme ce qui malheureusement représente un échantillon de taille insuffisante pour permettre d'effectuer les tests statistiques nécessaires démontrant l'efficacité globale de l'ETP. Par ailleurs, comme chaque patient a participé à un programme personnalisé, nous avions pour certains ateliers un trop petit échantillon.

6.2.3 Durée de l'étude

L'évaluation des connaissances des patients s'est déroulée fin 2015 pour les patients ayant participé aux séances éducatives en 2015 et fin 2016 pour les patients ayant participé aux séances éducatives en 2016. Le recul est donc limité. Il est difficile de savoir si les résultats obtenus peuvent se poursuivre sur le long terme.

6.2.4 Un biais de confusion sur le résultat de l'Hba1c

Cinq patients sur 21 ont eu une modification de leurs traitements antidiabétiques au cours du programme éducatif par la diabétologue de l'équipe.

Deux patients ont eu une majoration de leurs traitements antidiabétiques :

- Un patient était sous trithérapie et est actuellement sous Basal bolus et metformine.
- Un patient était sous traitement mixte associant de l'insuline, de la metformine et un inhibiteur de DPP4. Un hypoglycémiant oral a été ajouté à son traitement.

Trois patients ont eu un allégement de leurs traitements antidiabétiques :

- Un patient était sous metformine, inhibiteur de DPP4, sulfamide hypoglycémiant oral et sous glinide. Le glinide a été enlevé.
- Un patient était sous bithérapie et est maintenant sous monothérapie.
- Un patient était sous trithérapie et est maintenant sous monothérapie.

Ces modifications de traitement au cours du programme représentent un biais de confusion et ont une incidence sur l'évaluation de l'Hba1c dosée en fin de programme.

Ce biais est partiel car quatorze patients ont amélioré leur Hba1c et seulement deux patients ont eu une majoration de traitement.

6.2.5 Méthode d'évaluation

L'évaluation des connaissances avant et après éducation a été réalisée par deux personnes distinctes au cours d'un entretien individuel ce qui a permis d'éviter un biais d'évaluation.

Le questionnaire d'évaluation ne reprend que quelques points essentiels, en effet 2 ateliers sur les 7 proposés n'ont pas été évalués, les ateliers « Techniques d'injection » et « ASG».

La question 4 a été supprimée en raison d'une différence d'interprétation de celle-ci. La question était « Quel est votre traitement pour le diabète ? », Il s'agissait d'évaluer les connaissances des patients et non de demander la liste de leurs traitements.

La question 5 « Expliquez à quoi servent vos médicaments pour le diabète ? », le taux de réponse a été très bon puisque 16 patients sur 20 étaient capables de dire à quoi servaient leurs médicaments avant éducation contre 20 après.

Cela est d'autant plus intéressant qu'il n'y avait pas d'atelier sur les mécanismes d'action de traitement.

Les évaluations du changement de comportement des patients et de leurs satisfactions vis-à-vis du programme ont fait appel à des notions subjectives et variables dans le temps ou selon les représentations de chacun. Nous avons voulu laisser place à l'auto-évaluation de chacun pour que les patients puissent s'exprimer au mieux.

6.2.6 L'amélioration des connaissances des patients permettait-elle d'améliorer leurs Hba1c ?

Nous avons essayé d'établir un lien entre l'amélioration des connaissances des patients et l'amélioration de l'Hba1c, ce qui ne nous a pas été possible de réaliser.

Tout d'abord notre échantillon était de petite taille. De plus le questionnaire ne permet pas d'évaluer l'ensemble des connaissances acquises par l'ETP. L'ASG et les techniques d'injection ne sont pas évaluées. Nous ne pouvons pas non plus évaluer le changement de comportement alimentaire des patients.

Les questions 1 et 2 (définition et valeur normale de la glycémie) ne sont pas très constructives puisque les patients ont déjà des connaissances avant éducation.

6.3 COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES

Les résultats de notre étude peuvent être comparés à ceux du centre hospitalier intercommunal de Toulon. Leur étude a été mise en route en 2011 et a duré 4 ans, l'échantillon se constituait de diabétiques de type 2, d'environ 50 patients par an. Le recensement des patients se faisait via les formations médicales continues (FMC) pour informer les médecins généralistes et par l'équipe de liaison interservices obésité diabète pour communiquer l'information dans tous les services.

Un diagnostic éducatif a été réalisé permettant de définir un programme personnalisé pour chaque patient. Cinq ateliers collectifs étaient proposés (physiopathologie, diététique, ASG, activité physique, le pied diabétique).

Leur objectif était de développer les connaissances et les compétences d'auto-soins des diabétiques.

L'évaluation de leur programme a montré un changement de comportement des patients, 91% d'entre eux ont changé leur mode alimentaire. Quarante-cinq pourcents des patients ont amélioré leur Hba1c. De plus la satisfaction et la motivation des patients ~~a~~ été quasi-totales [28].

Nos résultats sont similaires avec ceux de cette étude bien que leur échantillon était plus important. Cela est très encourageant pour la suite de notre programme.

L'étude ENTRED réalisée sur le plan national entre 2007 et 2010 a porté sur 4 226 patients diabétiques dont 3 847 de type 2. L'échantillon a été constitué sur la base de l'assurance maladie de façon aléatoire. Le recueil de données a été effectué par auto-questionnaire envoyé par courrier auprès des patients.

L'objectif de l'étude était de caractériser la démarche éducative proposée aux patients et d'évaluer leurs besoins.

Parmi les diabétiques de type 2 interrogés, 76% étaient en demande d'informations sur l'alimentation et les complications du diabète.

Trois pourcents seulement ont déclaré avoir participé à des séances éducatives dans les 12 derniers mois.

Il a été constaté une satisfaction pour trois quarts des patients ayant participé à des séances collectives ou à des entretiens individuels. Vingt-six pourcents des patients ont déclaré avoir changé de comportement, le plus souvent dans le domaine de l'alimentation.

En revanche les patients souhaitant à l'avenir un complément éducatif dans le suivi de leur diabète auraient préféré des entretiens individuels approfondis plutôt que des séances collectives [29].

Cette étude a montré que très peu de patients avaient accès à l'ETP entre 2007 et 2010, mais les patients étaient satisfaits d'y participer et modifiaient leurs comportements. Il faut donc poursuivre nos efforts et proposer l'ETP à tous les diabétiques.

Une étude a été réalisée en 2008 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) dans la région Midi-Pyrénées sur l'ETP pratiquée par 167 médecins généralistes tirés au sort.

Un questionnaire a été envoyé par boite postale aux médecins afin d'évaluer les pratiques d'ETP et les principales difficultés pouvant constituer des freins à celle-ci.

Cette étude a permis également de constater que les médecins généralistes pratiquaient principalement de l'information et de la sensibilisation. La mise en œuvre de l'apprentissage était plus rare. Le principal frein étant aussi le manque de temps.

Logiquement la pratique de l'ETP était plus fréquente chez les médecins généralistes formés à celle-ci [30].

Une étude a évalué l'impact d'un programme d'ETP des diabétiques en maison de santé pluridisciplinaire. En 2008, un poste salarié d'infirmière titulaire d'un DU d'ETP a été mis à disposition de 5 MSP en Franche Comté, à raison d'un jour par semaine. Au total 44 patients ont bénéficié du programme éducatif comprenant 5 séances individuelles (conseils diététiques, ASG, hypoglycémie, suivi annuel en regard des complications et examens des pieds) et 1 séance supplémentaire dite de consolidation. La première séance permettait d'établir le diagnostic éducatif avec présence si possible du médecin traitant.

Les résultats portaient sur l'Hba1c, le poids, le LDL cholestérol et la prise d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline. L'étude montre une amélioration de l'Hba1c après éducation.

Les résultats sont statistiquement significatifs pour l'IMC et le LDL cholestérol. Il n'y a pas eu d'augmentation de traitement mais plutôt une diminution voire un arrêt pour 4 personnes.

Pour l'équipe, les facteurs de réussite résideraient dans la réalisation d'une ETP sur le lieu de soins primaires habituel des patients par des professionnels de santé qui leur sont familiers [31].

Cette étude nous conforte dans la perspective d'intégrer l'ETP dans le pôle de santé.

6.4 PERSPECTIVES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR L'ETP

6.4.1 Adhésion des patients à l'ETP

Au total 21 patients ont participé à l'ensemble du programme sur les 34 patients adressés initialement par leur médecin traitant au cours des deux dernières années soit un taux de participation de 61,7%.

Ces résultats montrent que l'adhésion des patients est correcte mais qu'il y a possibilité de l'améliorer en favorisant la communication entre les médecins généralistes et l'équipe de diabétologie.

6.4.2 Amélioration de la communication entre les médecins généralistes et l'équipe de diabétologie de Dax

Certains médecins généralistes des communes voisines nous ont fait savoir qu'ils manquaient d'informations sur ce programme éducatif et de temps pour s'y investir. En effet les médecins de Pontenx-les-Forges et de Saint-Julien-en-Born n'ont pas adressé de patient au cours des deux premières années qui ont suivi le démarrage de l'ETP à Mimizan.

Nous avons pu constater qu'un des médecins de Pontenx-les-Forges commence à adresser ses patients diabétiques à l'ETP depuis le début de l'année.

Il faut poursuivre l'information des médecins généralistes en leur expliquant le déroulement des séances et en leur communiquant les jours de venue de l'équipe de diabétologie à Mimizan.

La communication entre les professionnels de santé est nécessaire pour obtenir une éducation thérapeutique de qualité pour l'ensemble de la communauté de communes de Mimizan.

6.4.3 La population à cibler

Nous avons observé qu'un patient seulement était sous RHD seul. Il est important d'éduquer tous les patients diabétiques de type 2 y compris les patients sous RHD seul et les patients équilibrés sous antidiabétiques oraux et/ ou insuline.

6.4.4 Réévaluation des ateliers existants

La majorité des patients a été satisfaite du programme éducatif mais 3 patients sur 21 n'ont pas apprécié le déroulement des séances perçues comme « une punition ou une impression d'être à l'école ». Les ateliers doivent être le plus interactif possible en utilisant des méthodes d'ETP validées.

Il serait intéressant de proposer des ateliers collectifs et individuels ou en alternance afin de répondre au mieux à l'attente des patients.

6.4.5 Réévaluation régulière du diagnostic éducatif

Certains médecins ont déclaré que l'assiduité de leurs patients n'était malheureusement pas bonne au long cours.

Lors de l'évaluation individuelle le diagnostic éducatif est actualisé. Dans l'idéal, une nouvelle offre d'ETP devrait être proposée à chaque patient pour maintenir ses compétences ou pour compléter l'ETP si besoin.

6.4.6 Intégration de l'ETP au sein de la MSP

La perspective proche est la poursuite de l'ETP des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes et l'équipe paramédicale au sein de la MSP de Mimizan sans les intervenants de l'équipe de Dax.

L'objectif étant de maintenir une éducation ambulatoire et une prise en charge globale des patients dans le temps pour l'ensemble de la communauté de communes de Mimizan (Bias, Mézos, Saint-Paul-en-Born, Aureilhan). S'y rattacheront aussi les communes de Saint-Eulalie-en-Born et de Saint-Julien-en-Born.

7. CONCLUSION

L'ETP mise en route à Mimizan a pour but d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Elle est le fruit d'une collaboration d'une équipe pluridisciplinaire.

L'étude avant/après réalisée avec 21 patients adressés par leur médecins traitants à des séances éducatives en ambulatoire a montré une amélioration des connaissances des patients diabétiques de type 2 et en particulier une amélioration des connaissances concernant les objectifs de sécurité. Notre étude révèle aussi une amélioration significative de l'Hba1c mettant en évidence l'efficacité de l'ETP. Cependant au regard du nombre de patients participants, il faut poursuivre la communication entre les professionnels de santé afin que l'ensemble des diabétiques de type 2 puisse être éduqué.

Six patients ont refusé de participer aux séances collectives, il serait donc intéressant de proposer aussi des séances individuelles pour s'adapter au mieux aux besoins.

On relève également que plus des deux tiers des patients ont changé de comportement alimentaire, mais il reste fondamental de réactualiser le diagnostic éducatif régulièrement afin de maintenir les compétences acquises ou de compléter l'ETP.

L'instauration de l'ETP à Mimizan a permis d'autonomiser les patients par rapport à leur maladie chronique en favorisant une prise en charge de proximité. L'objectif est la poursuite des séances éducatives au sein de la MSP afin d'améliorer la qualité des soins en médecine générale et de permettre une prise en charge globale du patient. Dix-neuf patients souhaitaient participer à de nouveaux ateliers proposés au sein de la MSP. Pour cela une coopération pluri-professionnelle sera nécessaire pour permettre la poursuite de celle-ci.

Il serait maintenant intéressant d'évaluer l'ETP proposée par les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux au sein de la MSP. L'avenir pourrait être de développer des séances éducatives pour d'autres maladies chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Département des Landes. Consultable sur : https://www.google.fr/search?q=département+des+landes+40&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjb6er7v4XUAhXFPxQKHVJVBZAQ_AUIBygC&biw=1366&bih=638

2. Mappy. Consultable sur : https://fr.mappy.com/itineraire#/0/M2/TItineraryHome/IFR|GTpetrol/N151.12061,6.11309,-0.6337,44.8325/Z11/

3. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Juin 2007. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

4. WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. WHO; 2006. Consultable sur : http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis_diabetes2006/en/#

5. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins. Diabète de type 2 de l'adulte. Mars 2014. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

6. Société française d'endocrinologie. Complications dégénératives et métaboliques du diabète. Consultable sur : http://www.sfendocrino.org/article/394/item-233-c-ndash-complications-degeneratives-et-metaboliques-du-diabete

7. Glacet-Bernard A. Rétinopathie. La Revue du Praticien-Médecine Générale. Décembre 2006;(752):1381.

8. Valensi P. Ischémie myocardique silencieuse. La Revue du Praticien-Médecine Générale. Décembre 2006;(752/753).

9. NEMIROVSKY B., VARROUD-VIAL M., RICHARD J.L. Prévention des lésions des pieds et des amputations chez le diabétique. Le Concours Médical. Avril 2009;(8):264–71.

10. Soell M., Hassan M., Miliauskaite A., Haikel Y., Selimovic D. Cavité buccale et diabète. La Revue du Praticien-Médecine Générale. Janvier 2009;(814):58–9.

11. Fagot Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C, DMCT. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse épidémiologique. Novembre 2010. Consultable sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=102

12. Santé Publique France. Données épidémiologiques. Prévalence et incidence du diabète. Novembre 2016. Consultable sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete

13. Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013 03/argumentaire_epidemiologie.pdf

14. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Diabète de type 2. Avril 2014. Consultable sur : https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-2-dnid,

15. Trebucq A. Les défis du diabète. Panorama du médecin. Février 2012;(5253):8.

16. Le Pape G. Diabète de type 2-Etape 1. Dépistage: ciblé et nécessairement suivi d'une prise en charge. Novembre 2013;(9):689–91.

17. Haute Autorité de Santé. Principes de dépistage du diabète de type 2. Février 2003. Consultable sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_rap_2003.pdf

18. Leger P. Les facteurs de risque cardiovasculaire. Panorama du médecin. Mars 2008;(5096):27–30.

19. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Octobre 2014. Consultable sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referenciel_pratiques_diabete.pdf

20. Organisation mondiale de la santé. Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague1998. Consultable sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

21. République Française. Le service public de la diffusion du droit. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Consultable sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

22. Haute Autorité de Santé. Programme d'éducation thérapeutique du patient. Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. 2010. Consultable sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf

23. Haute Autorité de Santé. Programme d'éducation thérapeutique: la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle. Avril 2012. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239136/fr/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle

24. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge de maladie chronique. Analyse économique et organisationnelle. Consultable sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf

25. Sandrin-Berthon B. Eduquer un patient: comment être plus performant ? La Revue du Praticien-Médecine Générale. Octobre 2001;(549):1727.

26. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique. Juin 2007. Consultable sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp__comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf

27. Haute Autorité de Santé. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Juin 2007. Consultable sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf

28. Oscar-Agence Régionale de Santé PACA. Provence-Alpes-Côte d'Azur. Prise en charge du patient diabétique de type 2 en ambulatoire. 2011. Consultable sur : http://www.oscarsante.org/national/actions/oscars_detail_fiche.php?ref=13753

29. Etude ENTRED 2007-2010. Rapport concernant: l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. Décembre 2011. Consultable sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf

30. Union Régionale des Médecins Libéraux Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010. Consultable sur : http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf

31. Haute Autorité de Santé. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique des diabétiques en maison de santé pluridisciplinaire. 2010. Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_co230.pdf

ANNEXES

❖ Annexe 1 : Diagnostic éducatif personnalisé

DIAGNOSTIC EDUCATIF PERSONNALISE POUR MIEUX REPONDRE AUX BESOINS DU PATIENT DIABETIQUE SOUS ANTIDIABETIQUES ORAUX SEULS OU EN ASSOCIATION AVEC UNE INSULINE LENTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fait-le :

Problèmes d'audition	
Difficultés avec la langue française	
Difficultés pour lire	
Difficultés pour écrire	
Personne ressource pour l'entretien	

LIENS AVEC LE SUIVI EN AMONT

Quel est le médecin qui vous suit pour le diabète ? Qui vous a adressé à ce séjour ou cette consultation ?

Depuis quand êtes-vous diabétique ? Comment cela a-t-il été découvert ?

DIMENSION SOCIO-PROFESSIONNELLE

1. Vie familiale :

Quel est votre situation familiale ?

- Célibataire
- Marié(e) ou en couple
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ? O/N combien : lieu de vie :

Avez-vous des petits enfants ? O/N combien : lieu de vie :

Ou habitez-vous ?

- En ville :
- En maison :
- Etage : O/N - Nombre d'étage :
- A la campagne :
- En appartement :
- Ascenseur : O/N

2. Vie professionnelle :

Travaillez-vous actuellement ? O/N

Si non : retraité invalide sans profession autre : Quelle a été votre profession ?
Si oui : quelle est votre profession ? Horaires : Cadence des repos : Quelles sont les conséquences du diabète sur votre travail, sur vos revenus ? Quelle est votre satisfaction professionnelle ? A quel distance de chez-vous se situe votre lieu de travail et comment vous y rendez-vous ? Comment faites-vous au travail pour vous soigner (glycémies, traitement, repas) ? Vos collègues ou votre hiérarchie sont-ils au courant de votre maladie ?

3. Loisirs et activité physique :

Quels sont vos loisirs ?

Avez-vous une activité associative ? Laquelle ?

Avez-vous une activité physique ou sportive ?O/N

- Si oui : Laquelle ? Depuis combien de temps ?	Avec qui ? A quelle fréquence ?
- Si non : Pourquoi ? Manque de temps /Difficultés financières /Essoufflement Douleurs / Handicap /Manque de goût ou d'habitude Autres :	

Est-ce que le diabète a changé vos loisirs ou vos activités physiques ?

Votre religion a-t-elle une influence sur votre traitement ou votre alimentation ?

4. Entourage.

Sur qui pouvez-vous compter (aide à domicile, famille, amis, collègues de travail) ?

5. Evaluation des addictions :

Fumez- vous du tabac ?

Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?

Fumez-vous du cannabis ou utilisez-vous d'autres substances ?

DIMENSION COGNITIVE

1. **La maladie**

Qu'est-ce que la glycémie ?

Qu'est-ce qu'une glycémie normale ?

Selon-vous à quoi est dû le diabète ?

Avez-vous déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique ? Où et quand ?

Comment vous êtes-vous informé sur le diabète ? (association, internet, TV…)

Y-a-t-il des personnes diabétiques dans votre entourage ? Pouvez-vous en parler ?

Pourquoi traiter le diabète à votre avis ?

Citez des complications liées au diabète :

2. **Le traitement**

Quel est votre traitement pour le diabète ?

Expliquez à quoi servent vos médicaments pour le diabète ?

Vous arrive-t-il de ne pas prendre un de vos médicaments, par oubli ou pour une autre raison ?

Que pensez-vous de votre traitement ? (efficacité, effets indésirables, risque)

Si vous faites une injection d'insuline, comment adaptez-vous la dose ?

Que pensez-vous de votre alimentation ?

3. **Surveillance du diabète :**

Qu'est-ce qui permet de savoir que votre diabète est bien équilibré ?

Comment surveillez-vous votre diabète et son retentissement sur votre santé ?

Avez-vous un lecteur de glycémie ?

Nom du lecteur, état de marche, est-il adapté :

Fréquence des contrôles :

Tenue de carnet :

Quels sont vos objectifs glycémiques ?

A jeun : En post-prandial :

,

Qu'est-ce qu'une hypoglycémie ? Que faites-vous lorsque cela vous arrive ?

_____

DIMENSION PSYCHO-AFFECTIVE

- Qu'est-ce que le diabète représente pour vous ?

- Lorsque vous parlez de vous, vous dites, je suis diabétique ou j'ai du diabète ? Pourquoi ?

- Avez-vous entendu parler de l'insuline ? Quelle idée en avez-vous ?

- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous ? (traitement, alimentation, auto surveillance, retentissement de la maladie…)

- Quelles sont vos inquiétudes liées à votre diabète ?

- Pensez-vous que votre santé puisse être améliorée ? Pourquoi ?

Evaluer votre rôle dans cette amélioration sur une échelle de 0 à 10 :

- Quelle note donnez-vous à votre santé sur une échelle de 0 à 10 :
- Quelle note donnez-vous à votre moral sur une échelle de 0 à 10 :

- **Histoire pondérale :**
- poids de forme :
- évolution du poids :

- êtes-vous satisfait de votre poids ?
- régime précédemment suivi : oui/non

  si oui précisez

PROJETS

Quels sont vos projets ? (familiaux, professionnels, voyages, loisirs….)

Que pensez-vous faire personnellement pour améliorer votre qualité de vie et votre santé ?

Quelles sont les 3 bonnes raisons de le faire ? (aidez le patient à se projeter dans le futur souhaité, recueillir ses désirs)

1.

2.

3.

D'après vous en quoi peut-on vous y aider ? (ressources, obstacles…)

Si aucune réponse proposer des sujets :

Mieux connaitre son diabète	*L'hypoglycémie, l'hyperglycémie*
Soins d'hygiène	*Auto-surveillance*
Avoir une alimentation équilibrée	*Equilibre du poids*
Rencontrer un psychologue	*Activité physique*
Bilan annuel	*le traitement par antidiabétiques oraux*

Autres : grossesse, voyages, fêtes, ramadan…

RECUEIL DE DONNEES DIETETIQUES

CONNAITRE L'ASPECT QUALITATIF DE L'ALIMENTATION

1. Comportement alimentaire

- Structure des repas

petit déjeuner :

déjeuner :

diner :

- Entre les repas

- Grignotages :

Type d'aliments :

Moment de la journée :

- Horaires de repas : régulier □ variable □
- Boissons aux repas :

entre les repas :

- Repas préféré : petit déjeuner □ déjeuner □ diner □
- Temps consacré à la prise du repas : moins de 30 mn oui □ non □

2. Facteurs influençant les choix alimentaires

- Géographique :

- Culturels/ religieux/ philosophiques/convictions personnelles :

- Dégouts/aversions alimentaires/ intolérances/ interdits/allergies :

- Ressources économiques / aide associative

- Ressources environnementales

- jardin potager
- volailles
- conserves familiales : viandes, charcuteries, légumes, confitures, autres

3. Facteurs influençant le mode culinaire

- Au domicile

Repas pris : seul □ avec conjoint □ en famille □ variable □

Repas identique oui /non (si repas en commun)

Préparation des repas :

- qui cuisine ?
- aimez-vous cuisiner ? oui/non

si non **:** ne sait pas cuisiner □ n'a pas d'idée □ Ne peut pas (handicap, autres) □

- utilisez-vous des plats cuisinés ? jamais □ rarement □ fréquemment □

Matières grasses utilisées :

- petit déjeuner : beurre □ margarine □ quantité : plus de 10g oui □ non □

- assaisonnement et cuisson : beurre □ margarine □ huiles □ crème fraîche □

-mode de cuisson le plus fréquent : Fritures > 1/semaine oui □ non □

Sauces > 1/semaine oui □ non □

Aliments panés > 1/semaine oui □ non □

A l'extérieur

Au travail : gamelle □ cafétéria / restaurant □ cantine □

Repas festifs :

□ avec amis *fréquence :*
□ repas associatifs *fréquence :*
□ restaurant *fréquence :*

Boissons lors de repas festifs :

4. Caractéristiques de la perception personnelle de l'alimentation

- La représentation du « manger » : qu'est-ce que manger pour vous ?

un besoin □ un plaisir □

- La perception de votre repas diabétique :

manger plus varié, plus équilibré □

manger avec une contrainte (se priver, se limiter, peser les aliments) □

- Comment quantifiez-vous votre appétit :

Petit □ normal □ gros □ variable □

- Etes-vous plutôt attiré vers : aliments salés □ aliments sucrés □

- Vos aliments préférés :

CONNAITRE L'ASPECT QUANTITATIF DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Pour un repas votre portion consommée est :

→ viande ou poisson = 1/2 1 2

→ jambon blanc = 1 /2 1 2

→ œuf / omelette = moins de 2 2 plus de 2

→ fruit = 1 ou plus

→ fromage portion = 1 (30g ou plus)

→ pain au moment des repas : baguette = 1/4 1/3 1/2 irrégulier

→ riz, pâtes cuites … = moins d'un verre un verre un bol + d'un bol irrégulier

Fréquence des aliments :

→ viande = 1 à 3 fois par semaine 3 à 6 fois par semaine tous les jours

→ poisson = jamais 1 fois par semaine plus d'une fois par semaine

→ charcuterie = jamais 1 à 2 fois par semaine plus de 3 fois par semaine

→ viennoiserie/ pâtisserie/glaces = 1 à 2 fois/semaine plus de 3 fois/semaine

→ fruits et/ou légumes = parfois 0 dans une journée

au moins 1 légume par jour

1 fruit et 1 légume par repas

plus de 3 fruits par jour ou jus de fruit

→ fromage/laitage = jamais de fromage† jamais de laitage

au moins 1 fromage ou 1 laitage par jour

au moins 1 fromage ou 1 laitage à chaque repas

plus de 3 produits laitiers par jour

EVALUER LES CONNAISSANCES THEORIQUES

L'équilibre alimentaire

1. Les groupes d'aliments et leurs caractéristiques nutritionnelles
- citer quelques exemples :

2. Les Lipides
- Que signifie le mot « lipide » ?

- Citer des aliments qui apportent des acides gras saturés (graisses animales)

- Citer des aliments qui apportent des acides gras insaturés (oméga3/ graisses végétales)

3. Les glucides :
- Que signifie le mot « glucide » ?

- Citer des aliments qui apportent des glucides lents

- Citer des aliments qui apportent des glucides rapides

BILAN DE L'ETAT ACTUEL

objectif : cibler les apports en lipides saturés, sucres simples, alcool, fibres

Diagnostic : par rapport aux normes et recommandations actuelles

1. **consommation en aliments :**

Alimentation équilibrée et variée : - présence de tous les groupes d'aliments : - régularités des horaires : - structure des repas régulière :
Alimentation déstructurée en lien avec des connaissances: - erronées : - inadaptées : - inappropriées : - autres :

2. **consommation en nutriments :**

	protides	glucides	Lipides	remarques
Régulière				
Insuffisante				
Excessive				

3. **Si hospitalisation ration de base proposée :**

SYNTHESE

Points forts :

Points faibles :

Formuler avec le patient les compétences à acquérir au vu de son projet et de la stratégie thérapeutique, en individuel ou en groupe :

. Objectifs pédagogiques de sécurité : « être capable de » (1)

-
-
-
-

. Objectifs pédagogiques personnalisés, négociés et partagés « être capable de » :

-
-
-
-

Nom des soignants ayant participé à la réalisation de ce diagnostic éducatif :

-
-
-

(1) Liste des objectifs de sécurité

Objectif à atteindre « être capable de »	*Patients concernés*
Reconnaitre et gérer une hypoglycémie	*Patients sous sulfamides, glinides ou insuline*
Réaliser une auto-surveillance	*Patients sous sulfamides, glinides ou insuline*
Avoir des apports glucidiques adaptés	*Patients sous sulfamides, glinides ou insuline*
Protéger ses pieds	*Patients avec pieds à risque*

❖ Annexe 2 : Référentiels des ateliers

Equilibre alimentaire : Tout est bon, c'est la quantité qui fait la différence.

Objectifs :

- Général :

Orienté sur les connaissances :

Identifier l'intérêt d'une alimentation équilibrée pour une personne diabétique

- Spécifiques :

Repérer les différentes familles d'aliments

Nommer les différents groupes d'aliments et leur utilité nutritionnelle.

Le patient doit connaître les groupes d'aliments

Identifier l'intérêt de manger des féculents à chaque repas

- Quelques mots à connaître :

Protides : rôle de construction

Lipides (= gras) : Rôle énergétique

Glucides (=sucres lents et rapides) : Rôle énergétique

Le glucose est le carburant de l'organisme.

Vitamines, Minéraux, Eau, Fibres = Rôle de protection.

Temps : 45 minutes

Outils pédagogiques :

- Aliments factices
- Images / cartes d'aliments/Exemples de menus
- Affiches
- Tableau, paperboard, marqueurs

Contenu :

En fonction des personnes présentes :

- Les cartes (images d'aliments)

Soit par tout le groupe : les cartes sont étalées sur la table et l'ensemble des personnes les classe.

Soit individuellement : les cartes sont partagées et chacun doit les trier par catégorie (particulièrement, lister les féculents).

- Les aliments factices

A partir des aliments, les participants soit individuellement, soit répartis en groupe de 4 (ou 3) doivent composer :

- ✓ Soit un repas « équilibré »
- ✓ Soit un exemple de repas « préféré » pour le midi.
- ✓ Soit un exemple de repas « préféré » pour le soir.
- ✓ Les participants doivent citer le groupe d'aliments présents dans ce repas
- ✓ Doivent dire quelle quantité approximative représente leur portion de viande, pain, fromage etc.....

- Les affiches de groupes d'aliments :

A commenter au fur et à mesure des groupes d'aliments énoncés (faire participer les patients en leur demandant leurs goûts alimentaires, leurs modes culinaires...)

- Semainier du lundi soir au mercredi soir

Explications pour remplir un semainier

Les féculents sont à favoriser au dépend des aliments gras

Infos données au self (en même temps que la prise du repas)

Objectifs :

- Général : Pour perdre du poids, il faut diminuer la consommation de lipides et il faut maintenir une quantité de féculents suffisante pour éviter les hypoglycémies et les fringales.

- Spécifiques :

SAVOIR :

- quels sont les sources de glucides « lents » (=assimilation lente)

- quels sont les sources de glucides « rapides » (= assimilation rapide)

- identifier les aliments riches en lipides

- la différence entre les lipides d'origine animale et ceux d'origine végétale

SAVOIR FAIRE :

- choisir un repas avec des féculents et/ ou du pain

- choisir un repas qui n'apporte pas plus d'un aliment « gras » (fromage, charcuterie, pâtisserie, mayonnaise, etc...)

SAVOIR ETRE :

-Commentaire de « leur semainier »

- Avoir consommé des repas équilibrés et des aliments adéquats pour éviter la prise de poids.

Temps : 20 minutes

Outils pédagogiques :

- Images / cartes d'aliments
- Exemples de menus

- Aliments factices sur les différentes matières d'assaisonnements.

Contenu :

- Les cartes (images d'aliments) et/ou aliments factices

Etalées sur la table, l'ensemble des participants doit trier

- Les matières grasses d'origine animal et celles d'origine végétale

- Les menus de leur semainier

A partir des menus, les participants doivent identifier (éventuellement surligner avec des couleurs) :

- les aliments « sucres lents »

- les aliments « sucres rapides »

- les aliments « gras »

Equivalences glucidiques

- Outils pédagogiques :

  - Barquettes de féculents divers cuits et/ou crus

  - Fruits de tailles diverses

  - étiquettes plats cuisinés

  - carnet « diabète et alimentation – Evaluer sa ration de glucides »

  - paper-board / marqueurs

- Contenu :

  → A tour de rôle, à partir des barquettes féculents, les participants :

  - se servent une ration du féculent de leur choix et évalue le poids.

  - identification du nombre de cuillères correspondant à la quantité de féculents.

  -calcul l'apport glucidique

  - partage des avis avec les autres participants

  - vérification de la pesée avec la balance

  → Idem pour évaluer le poids des différents fruits

  → Lecture d'étiquettes de plats cuisinés : calcul des équivalences en glucides pour 100 g de produits et pour la portion consommée.

→Commentaire en groupe du carnet « diabète et alimentation – Evaluer sa ration de glucides »

L'AUTOSURVEILLANCE

But de l'Éducation

- Maintenir la glycémie dans l'objectif en sachant :
  - Comment se contrôler.
  - Quand se contrôler
  - Quoi faire du résultat immédiat.
    - Carnet
    - traitement
  - Quelle expérience en tirer pour plus tard.

Devenir autonome et responsable.

Parler ensemble de l'hypoglycémie

Objectifs :

- Reconnaître
- Réagir
- Rechercher la cause

Temps : 30 minutes.

Outils pédagogiques :

- Paperbord, marqueur.
- Aliments factices

Contenu :

1) Tour de table par rapport à leurs expériences d'hypoglycémie en notant sur un paper board :

- définition de l'hypoglycémie

- symptômes de l'hypoglycémie par rapport à leur vécu

2) quel traitement peut induire une hypoglycémie ?

ex : novonorm

Identifier le nom du traitement (emballage des médicaments)

Conduite à tenir

3) Activité physique et conduite à tenir

4) Correction de l'hypoglycémie

exemples de re-sucrage (cf kit)

5) Insister sur l'importance d'avoir du sucre à portée de main

6) Donner carte de diabétique

"Je pique ... tu piques"

Objectifs :

A l'issue de cet atelier, le patient sera capable de :

- Conserver correctement son insuline,
- Réaliser seul son injection (tout en respectant les règles de sécurité et les différentes étapes)
- Connaitre les différents sites d'injection possible ainsi que les rythmes de rotation
- Eliminer correctement ses déchets.

Temps : 45 minutes

Outils pédagogiques :

- Conteneur à aiguilles,
- Aiguilles à insuline (différentes longueurs),
- Stylos pré rempli (insuline Victoza, Byetta...) de démonstration,
- Support en mousse
- Schémas corps humain (pour montrer différents sites d'injection)

Le contenu :

- Conservation de l'insuline (avant et après ouverture)
- Importance de réaliser correctement l'injection (sous cutanée)
- Les zones d'injection, les différentes aiguilles
- Les zones selon les types d'insuline
- L'importance des rotations (lipo-dystrophies)
- Description d'un stylo
- Vérification type d'insuline et dose
- Différentes étapes de préparation du stylo :

1) Lavage des mains
2) Remettre en suspension
3) Visser l'aiguille
4) Purge
5) Sélection de dose
6) Choix du site d'injection (remobilise apports données avant)
7) Technique d'injection (pli ?)
8) Attente 10 secondes
9) ¼ de tour
10) Enlever l'aiguille du stylo

Elimination de l'aiguille

Exercices pratiques.

Questions diverses

Atelier adaptation de doses (objectifs glycémiques et cinétiques des insulines)

Titre :

Adapter et savoir s'adapter

Objectifs :

- Objectif global

Permettre à la personne diabétique d'adapter au mieux son traitement insulinique dans sa vie quotidienne

- Objectifs spécifiques

- connaitre son objectif glycémique avant et après les repas

- connaître l'intérêt de contrôler son HbA1C et l'objectif à atteindre

- être capable de définir :

  - Le nom des insulines
  - leurs différences : durée et pic d'action
  - leur rôle (qui fait quoi)

- comprendre l'importance d'une auto surveillance journalière et spécifique

Temps : 45 minutes

Outils pédagogiques :

- Outils interactifs, participatifs

- Tableau magnétique

- Divers éléments « magnet »

    - Frise avec repère horaires
    - Images stylo à insuline
    - Courbes représentant les insulines
    - Image lecteur pour représenter le contrôle glycémique

Le contenu :

- Votre objectif glycémique avant et après le repas

- Pourquoi une prise de sang tous les 3 mois - L'objectif de l'HbA1C

- L'insuline : nom – action – durée – leur différence
- Fréquence de l'auto surveillance

❖ Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation des patients

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DE LA SATISFACTION DES PATIENTS AYANT SUIVI LES SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE A MIMIZAN

NOM : PRENOM : DATE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

A DIMENSION COGNITIVE

1) Qu'est-ce que la glycémie ?

2) Qu'est-ce qu'une glycémie normale ?

3) Citez les complications liées au diabète :

4) Quel est votre traitement pour le diabète ?

5) Expliquez à quoi servent vos médicaments pour le diabète ?

6) Si vous faites une injection d'insuline, comment adaptez-vous la dose ?

7) Qu'est ce qui permet de savoir que votre diabète est bien équilibré ?

8) Comment surveillez-vous votre diabète et son retentissement sur votre santé ?

9) Quels sont vos objectifs glycémiques ?

A jeun : Après manger :

10) Qu'est-ce qu'une hypoglycémie ? Que faites-vous lorsque cela vous arrive ?

11) Que signifie le mot lipide ?

- Citez des aliments qui apportent des acides gras saturés (graisses animales) :

- Citez des aliments qui apportent des acides gras insaturés (oméga 3/graisses végétales) :

12) Que signifie le mot glucide ?

- Citez des aliments qui apportent des glucides lents :

- Citez des aliments qui apportent des glucides rapides :

13) Depuis votre participation aux ateliers en quoi avez-vous changé vos habitudes de vie ?

B EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

1) Avez-vous été satisfait (e) des séances d'éducation ? Si non pourquoi ?

2) A l'avenir, si d'autres ateliers étaient organisés au sein du futur pôle santé, y participeriez-vous ? Si non pourquoi ?

❖ Annexe 4 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

ETP A MIMIZAN

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES DE MIMIZAN

1) Pratiquez-vous une certaine éducation chez vos patients atteints d'une maladie chronique ?

Si oui, par quel moyen : -information

-sensibilisation

-apprentissage

-autre

Si non, pourquoi ? -manque de temps

-manque de connaissance de l'ETP

-manque de financement

-autre

2) Sur quels critères adressez-vous vos patients diabétiques de type 2 aux séances éducatives en ambulatoire ?

3) Avez-vous eu beaucoup de refus de la part de vos patients ?si oui, pour quelle raison selon vous ?

4) Avez-vous observé un changement de comportement de vos patients après éducation ?

5) Ce programme éducatif répond-il à vos attentes ?

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Du fait de l'éloignement des hôpitaux, des consultations délocalisées à l'EHPAD de Mimizan ont été mises en place par les spécialistes du CH de Dax. Des séances éducatives y sont proposées par l'équipe de diabétologie pour l'ensemble des diabétiques de type 2. La finalité est l'intégration de l'éducation thérapeutique des patients (ETP) par les médecins généralistes et l'équipe paramédicale de Mimizan au sein de la maison de santé pluridisciplinaire (MSP). **Objectif :** L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt pour un patient diabétique de type 2 adressé par le médecin généraliste de participer à des séances d'ETP hors milieu hospitalier. **Méthode :** Notre étude a étudié l'acquisition des compétences et les modifications de comportement de 21 patients ayant participé à ce programme. Leur satisfaction et celle des médecins traitants ont aussi été regardées. **Résultats :** Nous avons pu constater une amélioration statistiquement significative des connaissances des patients en ce qui concerne les objectifs de sécurité. Après éducation, l'Hba1c était significativement meilleure. Seize patients sur 21 ont affirmé avoir changé de comportement ce qui a aussi été observé par les médecins traitants. L'ensemble des médecins généralistes ont été satisfaits du programme car cela a permis d'autonomiser leurs patients vis-à-vis de leur maladie bien que l'assiduité de ces derniers n'était malheureusement pas bonne au long cours. **Discussion :** La mise en route de l'ETP à Mimizan permet une prise en charge globale des patients par une équipe pluridisciplinaire. Au regard du nombre de patients participants, il faut poursuivre la communication entre les professionnels de santé afin que l'ensemble des diabétiques de type 2 puisse être éduqué. Dans l'idéal, une nouvelle offre d'ETP devrait être proposée à chaque patient pour maintenir ses compétences ou pour compléter l'ETP si besoin.

TITRE EN ANGLAIS : Evaluation of the knowledge and satisfaction of type 2 diabetic patients referrred by their general practitioner to outpatient education sessions in Mimizan.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS CLES : Education thérapeutique, diabétiques de type 2, prise en charge ambulatoire, équipe pluridisciplinaire.

KEYWORDS : *Thérapeutic education, type 2 diabetes, outpatient care, multidisciplinary team.*

UFR des Sciences Médicales.

Université Bordeaux Segalen, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX.