



HAL
open science

Connaissances sur le diabète des patients diabétiques de type 2 consultant en médecine générale à Paris

Chloé Leneuf

► **To cite this version:**

Chloé Leneuf. Connaissances sur le diabète des patients diabétiques de type 2 consultant en médecine générale à Paris. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01781471

HAL Id: dumas-01781471

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781471>

Submitted on 30 Apr 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N°1

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Connaissances sur le diabète des patients diabétiques de
type 2 consultant en médecine générale à Paris

Présentée et soutenue publiquement
le 24 janvier 2017

Par

Chloé LENEUF

Née le 6 mai 1987 à Aix-en-Provence (13)

Dirigée par Mme Le Docteur Agnès Bryn, MG

Jury :

M. Le Professeur Christian Ghasarossian, PU..... Président

M. Le Professeur Jean-François Gautier, PU-PH

M. Le Docteur François Bloedé, MCA



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Le Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

Je n'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements aux membres du jury qui ont accepté malgré leur emploi du temps chargé d'évaluer mon travail.

A Monsieur le Professeur Ghasarossian pour m'avoir fait le grand honneur de bien vouloir présider cette thèse. Merci pour votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Gautier et à Monsieur le Docteur Bloede pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A mes maîtres de stage, pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale. Un grand merci au Docteur Agnès Bryn, pour m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse et pour m'avoir aidé à mener à bien ce travail. Merci pour ton enthousiasme et ton dynamisme. Merci au Dr Murielle GUILLIER pour son accueil, sa gentillesse et son humanité sans faille. Merci pour l'exemple que vous m'avez donné. Soyez assurés de ma immense gratitude et de mon amitié.

A tous les médecins qui ont pris un peu de leur temps pour participer à cette thèse.

Un remerciement particulier au Dr Rodolf Lang pour m'avoir si bien accueilli lors de ma première expérience de remplacement, et pour avoir battu tous les records de distribution de questionnaire!

Aux patients qui ont très gentiment accepté de répondre au questionnaire

A l'ensemble des professeurs du DES de médecine générale de Paris Descartes, pour leur investissement dans l'enseignement de cette noble discipline.

A ma tutrice, le Dr Caroline NEVEU GATTI pour m'avoir accompagné tout au long de mon parcours d'interne.

A mes co-internes.

A ma famille pour son soutien inconditionnel tout au long de mes études.

A mes parents, un grand merci pour m'avoir supportée, dans tous les sens du terme, durant ces longues années d'étude. Merci de toujours me soutenir dans mes choix et d'être à mes cotés.

A ma sœur, pour son soutien et sa patience quand je suis d'humeur à râler. Pour nos amours et folies partagés.

A mon oncle et parrain Bernard et à ma tante Isabelle, pour m'avoir si bien accueillie et pour avoir rendu cette expérience parisienne possible. Vous avez toute ma gratitude!

A ma cousine Sophie, pour tous les bons moments passés ensemble !

A mes amis de toujours, pour leur encouragements, pour ne m'avoir jamais lâchée même quand je suis partie étudier au loin. A Delphine, à Aurore. Mention spéciale à Agnès, merci de m'avoir guidée dans les méandres des statistiques! A Eva et Cam Thi que j'ai eu la grande chance de rencontrer au cours mon internat.

Table des matières

LE SERMENT D'HIPPOCRATE	1
REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	4
ABREVIATIONS & ACRONYMES	6
INTRODUCTION	7
A. LE DIABETE, PREVALENCE ET ENJEUX	7
1. <i>Prévalence</i>	7
2. <i>Complications</i>	8
3. <i>Coût du diabète</i>	9
B. DEMARCHE EDUCATIVE	9
1. <i>Evolution de la relation médecin-malade</i>	9
2. <i>Le développement des démarches éducatives en France</i>	10
3. <i>Finalités de l'éducation thérapeutique</i>	12
4. <i>Offre éducative à Paris</i>	13
5. <i>Place du médecin généraliste</i>	13
C. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	15
MATERIEL ET METHODES	16
D. LES MEDECINS	16
E. LES PATIENTS	16
F. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	16
G. MODALITES DE PASSATION	17
H. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE	18
RESULTATS	19
I. 1ERE PARTIE : DESCRIPTION DE LA POPULATION	19
J. 2EME PARTIE : REPONSES AUX QUESTIONS	21
1. <i>Généralités</i>	22
2. <i>Alimentation et activité physique</i>	25
3. <i>Traitement par antidiabétiques oraux</i>	29
4. <i>Traitement par insuline</i>	31

5. <i>Complications</i>	35
K. ETUDE DES LIENS ENTRE CARACTERISTIQUES PERSONNELLES OU DIABETOLOGIQUES ET NIVEAU DE CONNAISSANCES.	40
L. ATTENTES EN TERME D'INFORMATION	41
DISCUSSION	42
M. METHODOLOGIE :	42
N. RESULTATS	44
1. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	44
2. <i>Synthèse des résultats</i>	44
3. <i>Réflexions sur certains items</i>	46
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	54
ANNEXE 2 : REVISED MICHIGAN DKT SCALE	56
ANNEXE 3 : MARGUERITE DES COMPETENCES	57

Abréviations & acronymes

OMS : Organisation mondiale de la santé

ETP : Education thérapeutique du patient

PNS : Plan national Santé

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

DKT : Diabetes Research and Training Center's Brief Diabetes Knowledge Test

ADO : Antidiabétiques oraux

InVS : Institut de veille sanitaire

ENNS : étude nationale nutrition sante

ENTRED : échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques

SFD : Société francophone du diabète

HAS : Haute Autorité de Santé

Introduction

A. LE DIABETE, PREVALENCE ET ENJEUX.

En France, le diabète est reconnu comme priorité de santé publique par le haut comité de Santé Publique depuis 1998, en raison de sa forte prévalence, de ses complications potentielles, ainsi que de son coût pour la société (1).

1. Prévalence

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé en 1995 le nombre de personnes diabétiques dans le monde à 135 millions, et prévoit que cet effectif atteindra les 299 millions en 2025. (2)

En France, la surveillance épidémiologique du diabète est effectuée par l'InVS, qui réalise régulièrement des estimations de la prévalence du diabète (tous types compris) à partir des données du régime général de la sécurité sociale concernant la délivrance d'antidiabétiques oraux et d'insuline. Force est de constater que depuis les premières estimations réalisées en 1998, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement n'a cessé d'augmenter. (3) Ainsi, entre 2000 et 2013, la prévalence du diabète traité a progressé de 2,6% à 4.7% de la population française, ce qui équivaut à une augmentation de la population diabétique de 1,9 à 3 millions de personnes, en ne prenant en compte que les diabétiques traités. (4) A Paris, zone géographique concernée par notre étude, la prévalence était en 2009 de 3.2%. (5) En ce qui concerne les diabétiques non traités, l'étude nationale nutrition santé (ENNS 2006) a estimé la prévalence du diabète connu et non traité par médicament pour les 18 à 74 ans à 0,6%, et la prévalence du diabète méconnu à 1,0% (6). En 2009, l'enquête Obépi estimait elle aussi à 0,6% la population de diabétiques adultes traités par régime diététique seul (7). Au final, on atteint donc une prévalence totale du diabète dépassant les 6% de la population, chiffre qui ne cesse d'augmenter.

Concernant plus spécifiquement le diabète de type 2, l'étude ENTRED estime qu'il représente en métropole 91.9% des diabétiques traités soit 2,2 millions de personnes en 2007 (8).

Les antécédents familiaux et le surpoids sont les principaux facteurs de risque du diabète de type 2. Par ailleurs, La prévalence du diabète est plus élevée dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement, chez les personnes d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines catégories socioprofessionnelles. (9)

2. Complications

Une des problématiques engendrées par le diabète de type 2, outre sa forte prévalence, réside dans la survenue fréquente de complications sur le long terme. Des complications aux conséquences non négligeables et dont la marge de réversibilité est étroite.

Les atteintes microvasculaires vont concerner le système nerveux périphérique (environ 6% des diabétiques), les reins, et la rétine (environ 8% des diabétiques (10)). Dans leur forme la plus sévère, ces atteintes peuvent conduire à l'amputation d'un membre inférieur dans les suites d'une plaie du pied (plus de 20 000 hospitalisations en 2013 dont 8000 pour amputation (11)), à la dialyse (4256 initiations de traitement de suppléance pour une IRCT en 2013, risque 9 fois supérieur à celui des personnes non diabétiques(11)) et à la cécité.

Les atteintes macrovasculaires, elles, peuvent conduire à une pathologie coronarienne dont la prévalence est estimée à environ 17% des diabétiques (12) (12 000 hospitalisations pour infarctus du myocarde en 2013, soit 2,2 fois plus que dans la population non diabétique(11)), ou à un accident vasculaire cérébral (17000 hospitalisations en 2013, soit un risque 1,6 fois supérieur à la population non diabétique(11)).

Ces complications peuvent non seulement retentir sur la qualité de vie du patient, mais également mettre en jeu son pronostic vital. L'évaluation de la mortalité liée au diabète reste difficile à estimer car sa source en est souvent multifactorielle. Cependant, une étude réalisée à partir de la cohorte ENTRED démontre une surmortalité chez les personnes diabétiques, avec un ratio d'1,44 (5). Cette surmortalité est due aux décès liés à une

cardiopathie ischémique en premier lieu (ratio de 2,19), puis à une insuffisance rénale (ratio de 2,14) et enfin à une maladie cérébrovasculaire (ratio de 1,76). (13)

Cependant, depuis plus de vingt ans, des études ont montré qu'un bon contrôle du niveau glycémique et des facteurs de risque cardiovasculaires associés contribuaient à éviter la survenue des complications micro et macrovasculaires du diabète.(12,14,15)

3. Coût du diabète

Au niveau sociétal, le coût élevé du diabète s'explique donc par sa prévalence croissante, des complications graves et très coûteuses qui affectent certains patients - comme les complications cardiovasculaires et l'insuffisance rénale terminale - ainsi que par les hospitalisations qu'il motive. Au total, le diabète représente environ 10% des dépenses de santé (16). Pour idée, en 2007, le remboursement moyen annuel était estimé à 4890 euros par diabétique de type 2. Quant au montant total extrapolé à tous les régimes de l'Assurance maladie et à la France entière il était, lui, estimé à 12,5 milliards d'euros (17).

B. DEMARCHE EDUCATIVE

1. Evolution de la relation médecin-malade

Depuis quelques décennies, le modèle de relation médecin / malade connaît de profonds changements. En effet, dans un contexte de prévalence croissante des maladies chroniques et à travers une conception devenue dominante de l'individu comme autonome et responsable, la place du malade dans le champ de la santé est progressivement passée du statut traditionnel de patient "objet", à celui de patient "sujet" ayant son rôle à jouer dans les soins qui lui sont délivrés.

Cette évolution répond d'abord à une demande des patients, dans le cadre d'une évolution plus globale de la société dans laquelle les informations sont de plus en plus faciles d'accès, et les sources de plus en plus nombreuses : Littérature spécialisées, sites internet, forums de discussions et d'échanges entre patients... Les patients désirent plus que jamais être de

véritables acteurs dans leur prise en charge et être associés aux décisions qui les concernent. (18)

Cette évolution répond également à une prise de conscience par le corps médical du caractère primordial de l'investissement du patient dans sa prise en charge. En effet, si le médecin prescrit, dispense des conseils, c'est bien le patient qui agit : c'est le patient qui arrête de fumer, qui suit un régime, qui prend ses traitements au quotidien, qui réalise des examens... Les soins dispensés peuvent être de la meilleure qualité, ils n'en restent pas moins parfaitement inutiles sans le concours actif du patient. Il est aujourd'hui prouvé qu'une meilleure communication dans la relation médecin-patient améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients. D'autre part une communication réussie améliore également la satisfaction des patients ainsi que celle des médecins. Enfin, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé. (19)

C'est pourquoi aujourd'hui il convient de privilégier une démarche d'éducation plutôt qu'une démarche de prescription simple. Une nouvelle approche qui implique de la part du soignant des compétences relationnelles et pédagogiques qui lui permettront d'imaginer puis de mettre en œuvre des activités favorisant l'appropriation des savoirs par les patients, et ce en fonction de leur pathologie propre et de leur individualité. (20)

2. Le développement des démarches éducatives en France

C'est dans ce contexte de mutation de la relation médecin-malade que se développent les notions relativement récentes de démarches éducatives dans le domaine de la santé, et plus particulièrement celle d'éducation thérapeutique.

Le diabète, maladie chronique avec laquelle la personne et son entourage vivent au quotidien, fait office de précurseur en la matière, puisque la prise en charge éducative dans le diabète de type 1 existe depuis plus d'un siècle. Elle est plus récente dans le diabète de type 2 : c'est au début des années 1980 que des médecins hospitaliers ont commencé à proposer une éducation aux patients diabétiques non-insulinodépendants, en transposant le

modèle développé pour les patients diabétiques de type 1. Dès 1989, la Déclaration de St Vincent, signée par des représentants d'organisations du diabète et des ministères de la santé de pays européens, insiste sur le principe d'éducation et l'intègre parmi les objectifs de prise en charge du diabète. Ainsi, le traitement de la maladie doit s'accompagner d'une éducation thérapeutique de qualité dont l'objectif principal est d'impliquer le patient dans la prise en charge de la maladie.

Presque 10 ans plus tard, le rapport de 1998 élaboré par un groupe expert de l'OMS Europe constitue la référence pour les orientations du développement de l'éducation thérapeutique. Il définit l'éducation thérapeutique comme « un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, nécessairement intégré au traitement et aux soins, ayant un caractère multi professionnel et multidisciplinaire et nécessitant pour les professionnels de santé de suivre des formations méthodologiques ». (21) La même année, dans son rapport sur la prise en charge des diabètes, le Haut comité de santé publique souligne des défauts dans la prise en charge éducative des patients diabétiques de type II par rapport à ceux diabétiques de type I. (1) Pourtant, en 1999, les données recueillies auprès des établissements de santé français ont montré que des programmes d'éducation du patient existaient déjà dans la quasi-totalité des services de diabétologie des centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers (22). Parallèlement, l'éducation du patient se voit favorisée par le développement de réseaux de santé sur tout le territoire français, ce qui lui a permis de s'étendre également à la pratique libérale.

Le développement de ces réseaux va progressivement être soutenu par l'Etat français, qui publie en janvier 2001 le Plan National d'Éducation à la Santé qui qualifie l'éducation pour la santé d' « indispensable » pour que « les citoyens adhèrent aux mesures légales de prévention et les respectent" et "contribuent à améliorer ou préserver leur environnement ». Les points clés en sont entre autres l'intégration de l'enseignement de l'éducation à la santé dans la formation des professionnels de santé, l'encouragement au développement de réseaux régionaux, et la mise en place de solutions de financement pour les projets d'éducation thérapeutique. (23)

Par la suite, les textes officiels sur la question de l'éducation thérapeutique vont se multiplier. Le ministère de la Santé lance de 2001 à 2005 un programme d'actions de

prévention et de prise en charge du diabète de type 2. La loi de santé publique d'août 2004 souligne également le caractère prioritaire de la prévention, suivi peu après du "Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », dont l'éducation thérapeutique est l'un des axes principaux. (24) Enfin, en 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoires précise expressément, en son article 22, que l'éducation thérapeutique fait partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soin. (25)

Parallèlement, en 2008, l'Assurance maladie lance un service d'accompagnement par téléphone de patients atteints du diabète : Sophia.

Enfin, en 2011, La Société francophone du diabète (SFD) publie le livre blanc de la prise en charge du diabète, proposant sept recommandations pour en améliorer la prise en charge. (26) La première concerne la prévention primaire du diabète. Quatre autres recommandations sont en lien avec la démarche éducative en prévention secondaire : « centrer l'organisation sur le malade et non sur la maladie » ; « améliorer la qualité de vie des malades », « orchestrer la partition entre professionnels pour assurer une meilleure prise en charge des patients » ; « mieux former les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du patient »

Aujourd'hui, les offres d'éducation thérapeutique dans le diabète sont largement répandues sur le territoire français, en particulier au sein des services hospitaliers, de Centres d'Examens de Santé, ou via des réseaux diabète.

3. Finalités de l'éducation thérapeutique

Schématiquement, l'objectif des démarches éducatives est double :

En premier lieu, il s'agit d'aider le patient à vivre au mieux avec sa maladie afin d'améliorer sa qualité de vie, objectif d'importance dans le cas d'une affection de longue durée. Cette finalité a été soulignée par le rapport de l'OMS de 1998 : « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». (21) En pratique, cette amélioration de la qualité de vie passe par une plus grande autonomisation du malade. S'étant approprié de nouveaux savoirs, le patient peut de lui-même gérer son quotidien, décider de changer ses comportements, de prendre en

charge certaines situations, et de fait se trouve moins pris au dépourvu devant de potentiels évènements intercurrents. Le patient devient "le premier acteur de ses soins ». (27)

Le deuxième objectif de l'éducation thérapeutique vise à la limitation de la progression de la maladie et de la survenue de complications, aiguës ou chroniques. Son efficacité a été démontrée par de nombreuses études (28). Concernant plus particulièrement le diabète de type 2, la méta-analyse de la Cochrane collaboration menée par Duke en 2009 a montré un bénéfice significatif de l'éducation thérapeutique individuelle sur l'équilibre glycémique chez les patients ayant une HbA1c >8% (29). D'autre part, l'étude française ENTRED 2007-2010 montre, pour sa part, que près de trois quart des personnes diabétiques de type 2 ayant bénéficié d'entretiens et/ou de séances éducatives collectives estiment que cela les a aidé à mieux vivre leur diabète (30). Enfin, une revue de la littérature scientifique internationale montre que l'éducation pour la santé, en particulier dans le domaine des maladies chroniques, non seulement améliore la qualité de vie des patients et l'efficacité des soins, mais aussi réduit le coût de la prise en charge par une diminution des visites en urgence, du nombre et de la durée des hospitalisations, par une réduction des arrêts de travail et du nombre de complications. (18)

4. Offre éducative à Paris.

L'offre éducative à Paris est particulièrement riche. Un site internet créé par le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé de l'Université Paris 13, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, recense les programmes d'ETP autorisés depuis 2010 en Ile de France.(31) Une recherche des programmes d'ETP concernant le diabète de type 2 à Paris retrouve 28 programmes répertoriés, dont 18 en Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 4 en cliniques, 2 en associations centrées sur l'ETP, et 2 en Centre d'Examens de Santé, et 1 en Centre de santé. Le dernier programme référencé était celui du Réseau Paris diabète, réseau de professionnels de santé libéraux et hospitaliers financé par l'assurance maladie.

5. Place du médecin généraliste.

Le diabète de type 2 est par excellence une pathologie dont la prise en charge est multidisciplinaire : cardiologique, néphrologique, neurologique, podologique, psychologique,

nutritionnelle... Le médecin traitant est au centre de cette prise en charge globale. Le médecin traitant est en 1^{ère} ligne dans la prise en charge des patients diabétiques. Son rôle primordial dans le diagnostic et le suivi trimestriel de la pathologie recommandé par l'HAS . Il est l'acteur principal de la coordination des soins et de la centralisation des données, et enfin reste le 1^{er} recours des patients en situation aiguë.

En effet, selon l'étude ENTRED, sur un an, seulement 10% des patients diabétiques ont consulté un endocrinologue. Cela signifie que les médecins généralistes suivent seuls, sans recours au diabétologue, 90 % des patients diabétiques. Ceux-ci voient leur médecin généraliste en moyenne 9 fois par an. Seuls 2,5% des patients ont déclaré appartenir à un réseau de santé. (32)

On s'aperçoit ainsi qu'en tant qu'interlocuteur privilégié, il appartient au médecin généraliste de participer activement à l'éducation thérapeutique de ses patients, et ce même s'il existe un suivi spécialisé. En effet, la démarche d'éducation relève des fonctions fondamentales de la médecine générale définies en 2002 par la Wonca Europe ((Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille)) : favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. (33)

Pourtant, bien que la théorie soit séduisante, la mise en pratique en cabinet de médecine générale n'est pas toujours évidente, et se heurte à quelques obstacles pratiques. Avec, en premier lieu, la question de manque de temps. Ainsi, comment assurer une éducation thérapeutique en quinze à vingt minutes de consultation en moyenne, le plus souvent pour un autre motif? Un des autres obstacles le plus souvent cité est le manque ou la méconnaissance d'outils pédagogiques à disposition.(34) La solution à ces problèmes se trouverait dans une adaptation des interventions à la pratique réelle de la médecine générale : il s'agirait alors d'une éducation permanente séquentielle et continue, devant être décomposée en plusieurs micro objectifs et micro-actions sur des durées compatibles avec des consultations de médecine générale. (30)

C. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

En France, l'état des connaissances des diabétiques sur la maladie a été peu étudié, les quelques études sur la question étant majoritairement des travaux de thèse de médecine. Une des difficultés principales de cette évaluation est qu'il n'existe pas à ce jour de méthode consensuelle pour l'évaluation des connaissances des patients diabétiques. Aux Etats-Unis, l'échelle la plus communément admise est la Michigan Diabetes Research and Training Center's Brief Diabetes Knowledge Test (DKT) (35), qui comprend 23 items, mais dont il n'existe pas à l'heure actuelle de version française validée. Les études réalisées en France utilisent donc chacune une méthodologie propre et sont donc difficilement comparables entre elles.

Dans l'ensemble, ces études mettent en évidence une assez bonne connaissance de leur maladie par les diabétiques. Les patients semblent globalement conscients de la gravité du diabète (jusqu'à 98%). A contrario, les domaines les plus mal connus des patients semblent être le type de complications qu'ils encourent, le suivi, le traitement antidiabétique et les normes d'HbA1c (36) (37) (38).

Concernant leur attentes en terme d'information, d'après l'étude Entred 2007-2010, 80% des personnes diabétiques de type 2 se disent bien ou très bien informées sur leur maladie, mais 76% des personnes diabétiques de type 2 souhaiteraient tout de même des informations supplémentaires, notamment sur l'alimentation, les complications possibles liées au diabète et comment bien vivre avec son diabète. Paradoxalement seulement un quart des patients souhaiterait bénéficier de véritables séances éducatives. (39) Ce désir de connaissances supplémentaires prédominait chez les personnes les plus jeunes, ou atteintes de complications de la maladie, ou se déclarant dans une situation économique difficile. (40) La grande majorité des patients estimait que leur médecin généraliste est la personne la plus adaptée pour leur apporter cette information.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les connaissances quant à leur maladie de patients diabétiques de type 2 consultant en médecine générale à Paris. Elle s'intéressera secondairement à l'existence de lien entre le niveau de connaissances et les caractéristiques personnelles et diabétologiques des patients.

Matériel et méthodes

Pour répondre à cette question, nous avons dans une étude descriptive quantitative transversale demandé à des médecins généralistes exerçant à Paris de distribuer à leurs patients diabétiques un auto-questionnaire sur les connaissances et idées reçues à propos du diabète de type 2.

D. LES MEDECINS.

Les médecins généralistes ont été tirés au sort par arrondissement parisien, à partir d'un annuaire médical en ligne, en utilisant un générateur de nombre aléatoire. La médecine générale devait être leur activité principale. Les médecins sélectionnés ont ensuite été contactés par téléphone pour obtenir leur accord de participation. En cas de refus, un autre médecin était tiré au sort et sollicité de la même manière. L'objectif initial était d'un ou deux médecins par arrondissement dans le but d'obtenir une répartition géographique homogène des patients. Plus de cent cinquante médecins généralistes ont ainsi été contactés par téléphone. Dix-sept d'entre eux ont accepté de participer à l'étude, mais neuf ont finalement effectivement distribué des questionnaires à leurs patients.

E. LES PATIENTS.

Les patients concernés par l'étude étaient les patients diabétiques de type 2 de plus de 18 ans consultant en médecine générale. Le seul critère d'exclusion était l'impossibilité de comprendre ou de répondre au questionnaire.

F. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.

L'étude était fondée sur un auto-questionnaire qui comprenait 3 parties : la première partie

était axée sur le recueil de données sur les caractéristiques du patient et de son diabète ; la deuxième partie qui évaluait les connaissances des patients, comprenait 28 items à réponse de type "Vrai/Faux/Je ne sais pas", divisés en 5 catégories (généralités, alimentation et activités physiques, traitement par ADO, traitement par Insuline, complications) ; enfin la 3ème partie concernait les attentes du patient en terme d'informations.

Comme mentionné précédemment, il n'existe pas en France de questionnaire consensuel pour l'évaluation des connaissances des patients diabétiques. Le questionnaire utilisé a donc du être créé spécifiquement pour les besoins de l'étude en s'inspirant de questionnaires utilisés dans des études précédentes, d'autres utilisés en éducation thérapeutique, et du Michigan Diabetes Knowledge Test, tout en gardant à l'esprit la question suivante : « En tant que médecin généraliste, que me semble-t-il essentiel que mes patients sachent sur leur diabète ? ». Les items retenus se concentrent ainsi sur les informations ayant un impact sur le confort de vie des patients, leur sécurité ou la prévention de complications. Le docteur Pierre-Yves TRAYNARD, médecin généraliste et coordinateur au sein du réseau Paris Diabète, et le docteur Marc LEVY, diabétologue et chef de service d'endocrinologie de l'Hôpital Max Fourestier, ont été sollicités afin de donner leur avis sur la pertinence du questionnaire. Enfin, celui ci a été testé auprès de 10 patients hospitalisés en diabétologie, afin de mettre en évidence d'éventuelles mauvaises formulations entraînant une mauvaise compréhension des patients.

G. MODALITES DE PASSATION.

Les questionnaires ont été remis en main propre à chaque médecin ayant accepté de participer entre août et octobre 2015. Les médecins avaient pour consigne de remettre un auto questionnaire anonyme à chaque patient concerné par l'étude venant consulter. Les patients devaient remplir seuls le questionnaire, sans aide du médecin ou de l'entourage, et le remettre ensuite à leur médecin.

H. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE

Le recueil des données s'est fait sur une période de 9 mois entre août 2015 et avril 2016. Les données ont été exploitées dans le logiciel Excel. Les tests statistiques ont été réalisés en utilisant le logiciel R. Dans les cas où des comparaisons ont été réalisées, nous avons utilisé le test du Chi2 ou le test de Fisher (dans les cas, où l'effectif attendu est inférieur à 5). Nous considérons que p est significatif s'il est inférieur à 0,05.

Résultats

I. 1ère PARTIE : DESCRIPTION DE LA POPULATION

Au total, 87 questionnaires ont été recueillis. Tous ont été analysés, y compris les questionnaires incomplètement remplis. Il y avait 46 hommes et 37 femmes (4 données manquantes). L'HbA1c moyenne était de 6,8%. Un peu plus de la moitié était suivis par un diabétologue. Les caractéristiques générales de la population sont résumées dans le tableau 1 et les caractéristiques spécifiques au diabète dans le tableau 2.

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population. (n=87)

	Fréquence	Pourcentage
Sexe		
Homme	46	53%
Femme	37	42%
Inconnu	4	5%
Age		
<45 ans	5	5%
45 à 64 ans	39	45%
65 à 74 ans	25	29%
> 75 ans	16	18%
Inconnu	2	2%
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs exploitant	0	0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3	3%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	14	16%
Professions intermédiaires	2	2%
Employés	17	20%
Ouvriers	6	7%
Retraités	36	41%
Sans activité	9	10%

Tableau 2. Caractéristiques de la population concernant le diabète (n=87)

	Fréquence	Pourcentage
Ancienneté du diabète		
<1 an	11	13%
1 à 5 ans	26	30%
5 à 10 ans	17	20%
> 10 ans	31	36%
Inconnu	2	2%
Suivi par diabétologue		
Oui	50	57%
Non	36	41%
Inconnu	1	1%
Existence d'une complication		
Oui	17	20%
Non	63	72%
Inconnu	7	8%
Antécédent d'hospitalisation dans le cadre du diabète		
Oui	15	17%
Non	70	80%
Inconnu	2	2%
Participation à ateliers ou Séances d'ETP		
Oui	14	16%
Non	69	79%
Inconnu	4	5%
Intégration au sein d'un réseau diabète		
Oui	10	11%
Non	75	86%
Inconnu	2	2%

Tableau 3: Répartition des médecins et patients par arrondissement parisien.

Arrondissement	Nombre de médecins	Nombre de patients
1er	1	11
2ème	1	2
3ème	0	0
4ème	0	0
5ème	2	18
6ème	0	0
7ème	1	6
8ème	0	0
9ème	0	0
10ème	0	0
11ème	0	0
12ème	0	0
13ème	0	0
14ème	0	0
15ème	1	14
16ème	0	0
17ème	0	0
18ème	2	33
19ème	0	0
20ème	1	3

J. 2ème PARTIE : REPONSES AUX QUESTIONS

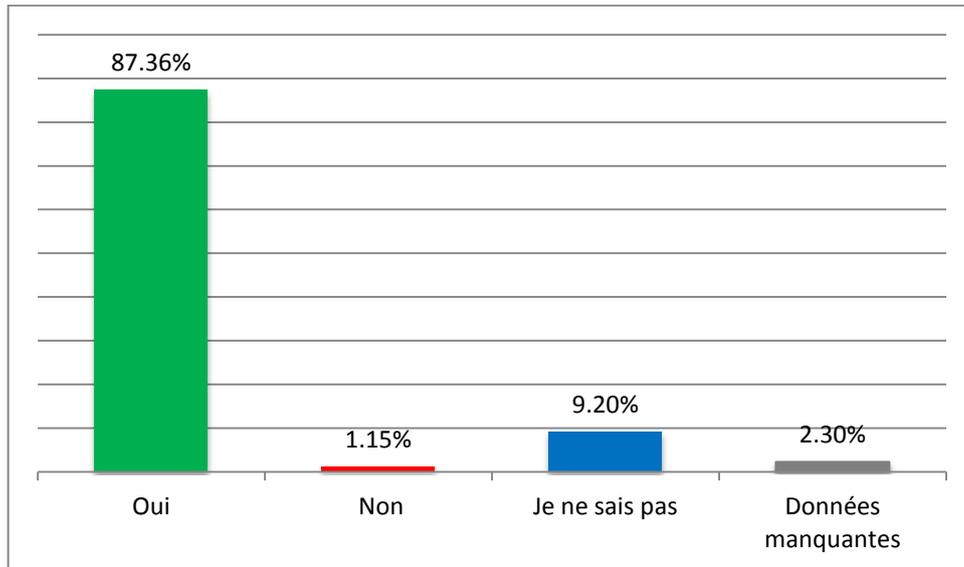
Tableau 3. Taux de réponses justes par thématique.

	Nombre de patients concernés	Taux moyen de réponses justes
Généralités	87	65%
Alimentation et activité physique	87	77%
Traitement pas ADO	78	94%
Traitement par Insuline	33	51%
Complications	87	60%

1. Généralités

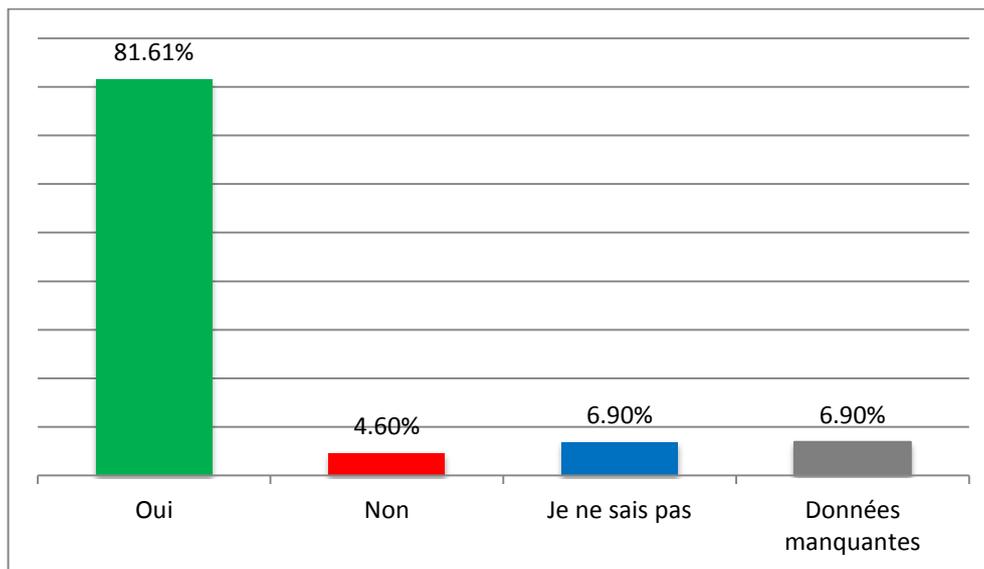
L'ensemble des 87 patients ayant répondu au questionnaire était concerné par les questions de cette thématique. Le taux moyen de réponses justes était de 67,75%.

Affirmation 1 : "Le diabète, c'est avoir trop de sucre dans le sang."



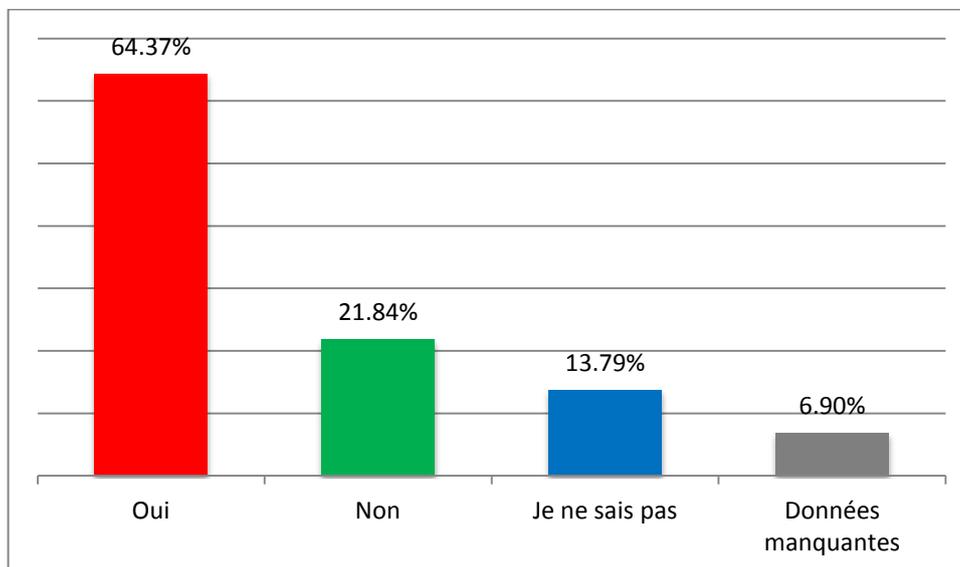
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 87,36% des réponses.

Affirmation 2 : "Le diabète est une maladie chronique, et donc à vie."



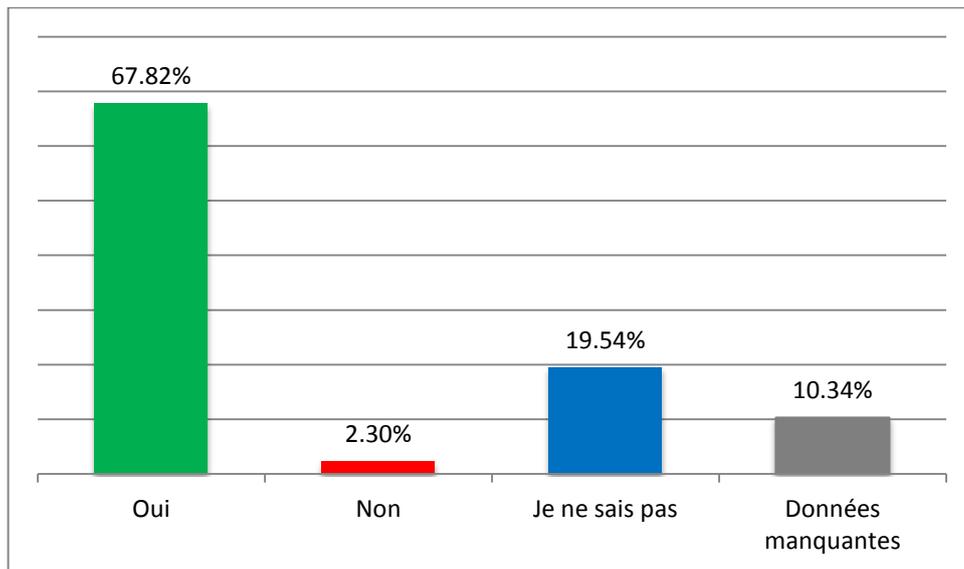
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 81,61% à des réponses.

Affirmation 3 : "La glycémie à jeun est le meilleur dosage pour savoir si mon diabète est équilibré sur le long terme."



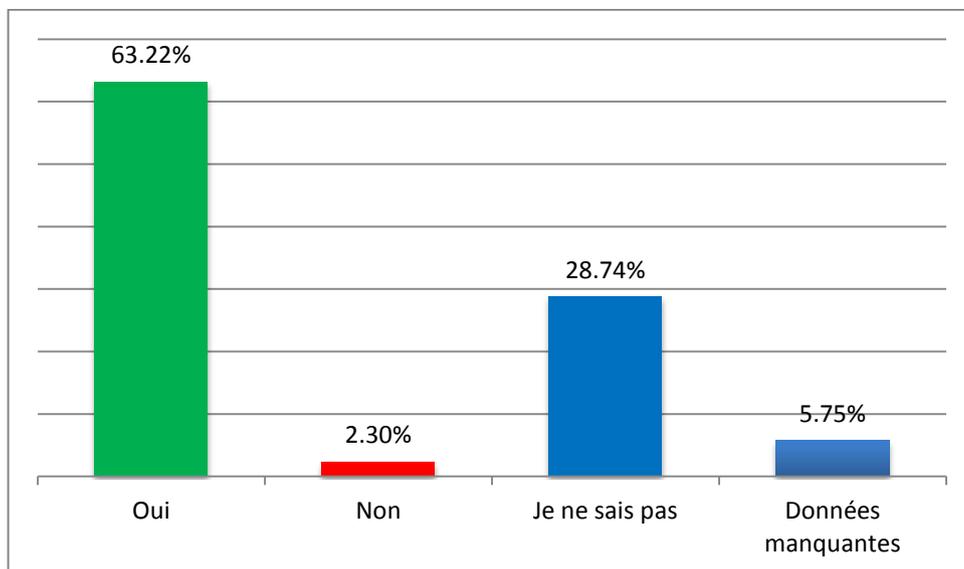
La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 21.84% des réponses.

Affirmation 4 : " L'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) reflète la glycémie (taux de sucre dans le sang) sur les 3 derniers mois."



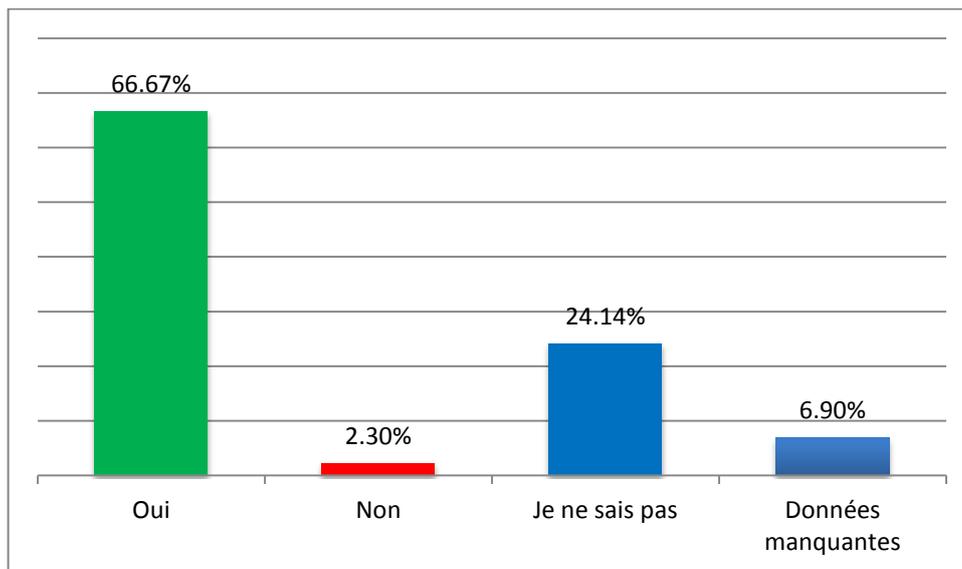
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 67.82% des réponses.

Affirmation 5 : "Une infection peut déséquilibrer mon diabète. "



La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 63,22% des réponses.

Affirmation 6 : "Le stress peut déséquilibrer mon diabète."

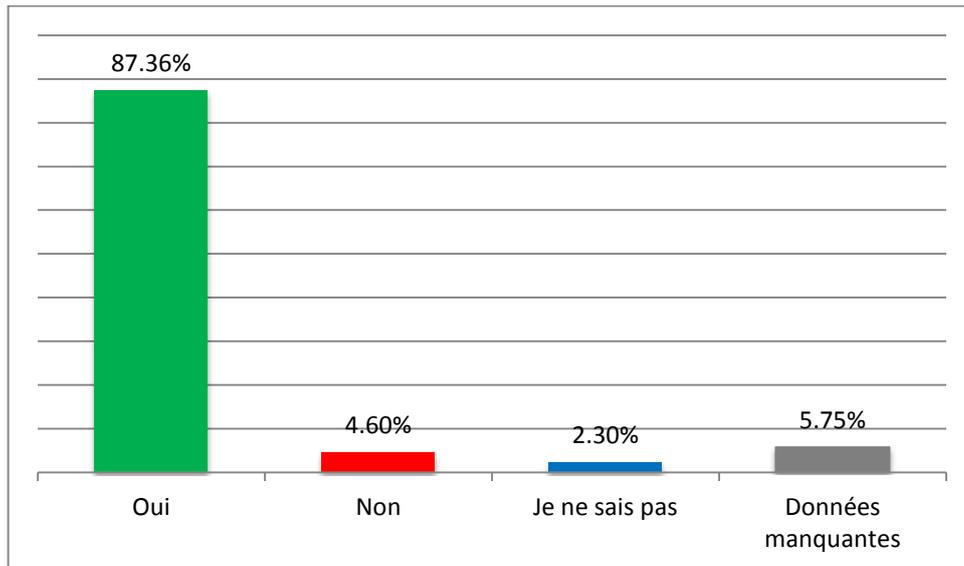


La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 66,67% des réponses.

2. Alimentation et activité physique

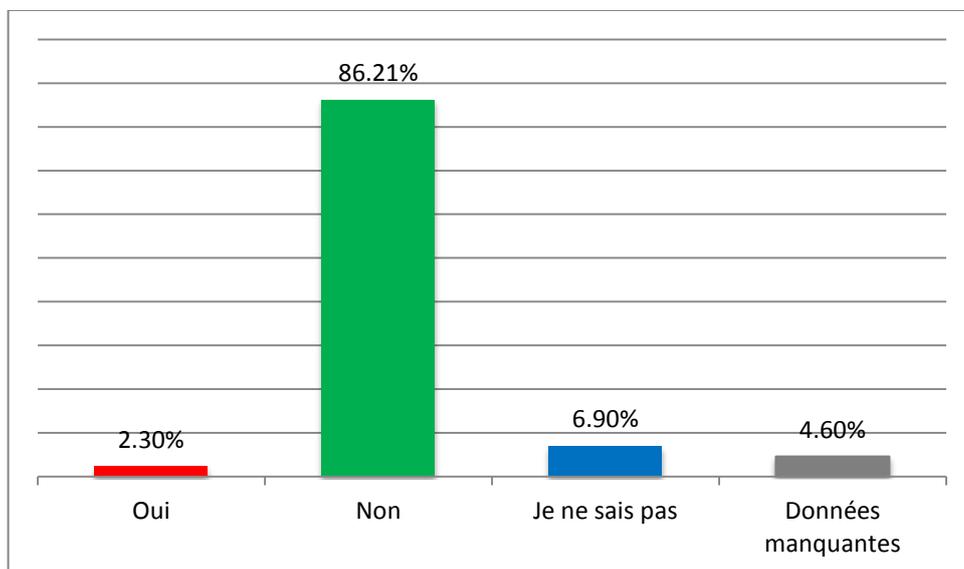
La totalité des 87 patients ayant répondu au questionnaire était concernée par ces questions. Le taux moyen de réponses justes était de 76,85%.

Affirmation 7 : "La correction d'un surpoids aide à améliorer l'équilibre glycémique."



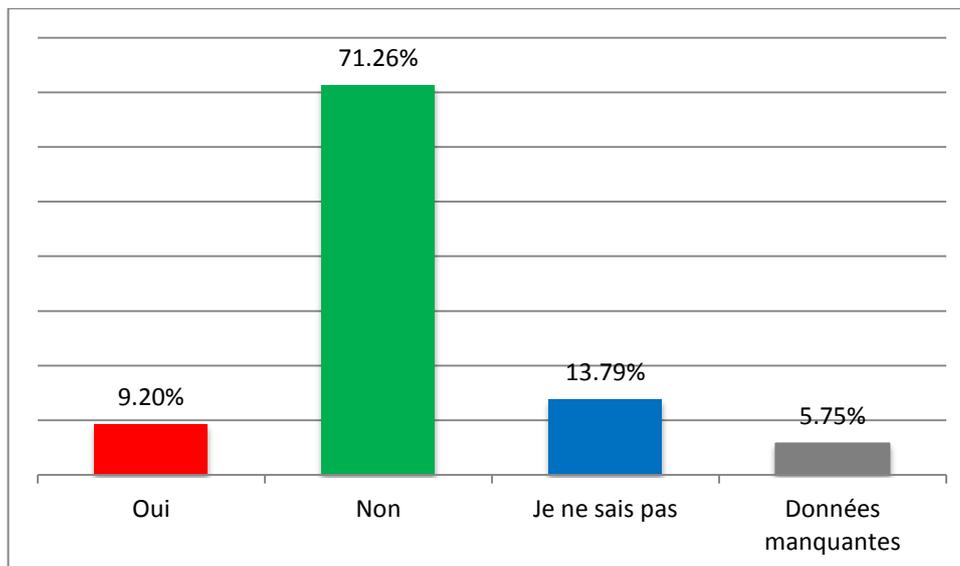
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 87,36% des réponses.

Affirmation 8 : "Je dois supprimer tous les fruits de mon alimentation."



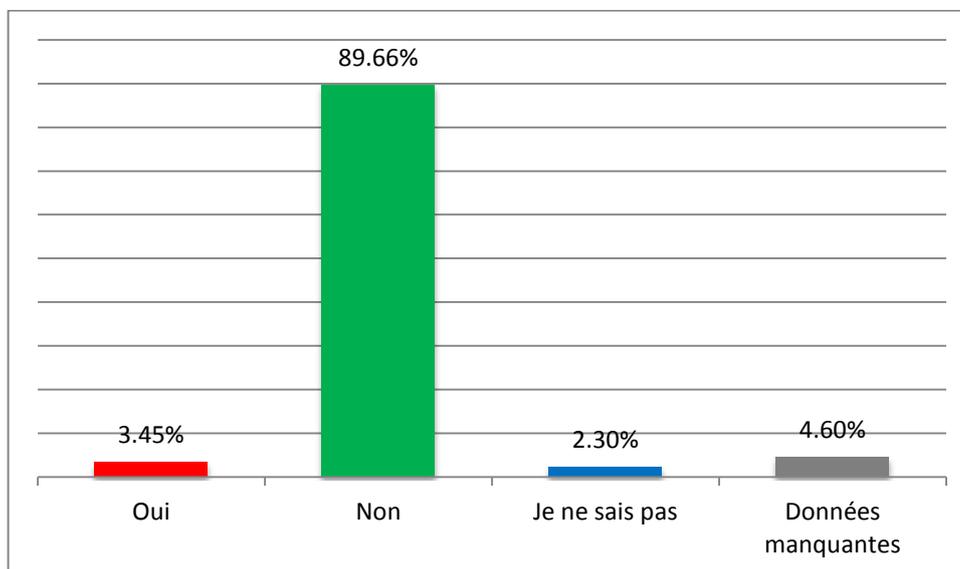
La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 86,21% des réponses.

Affirmation 9 : "Si ma glycémie est élevée, il est conseillé de sauter un repas pour la réguler."



La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 71.26% des réponses.

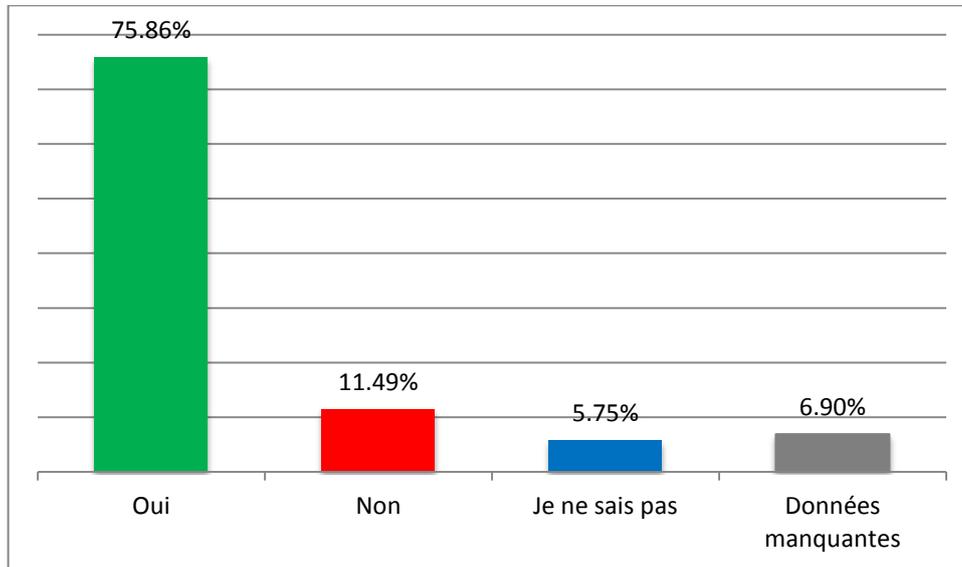
Affirmation 10 : "Il m'est interdit d'aller au restaurant."



La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 89,66% des réponses.

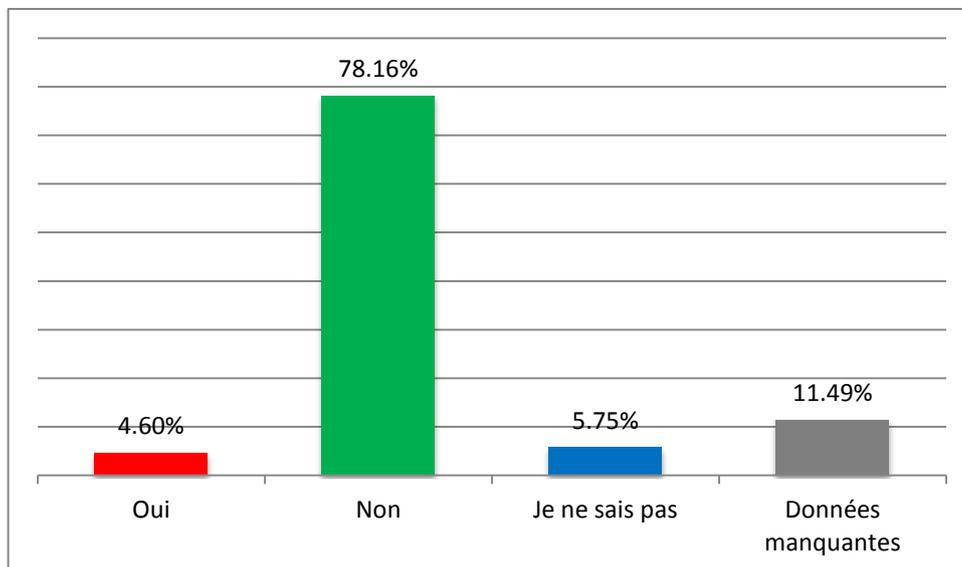
Affirmation 11 : "Je peux manger autant de légumes verts que je veux."

La répartition des réponses est la suivante :



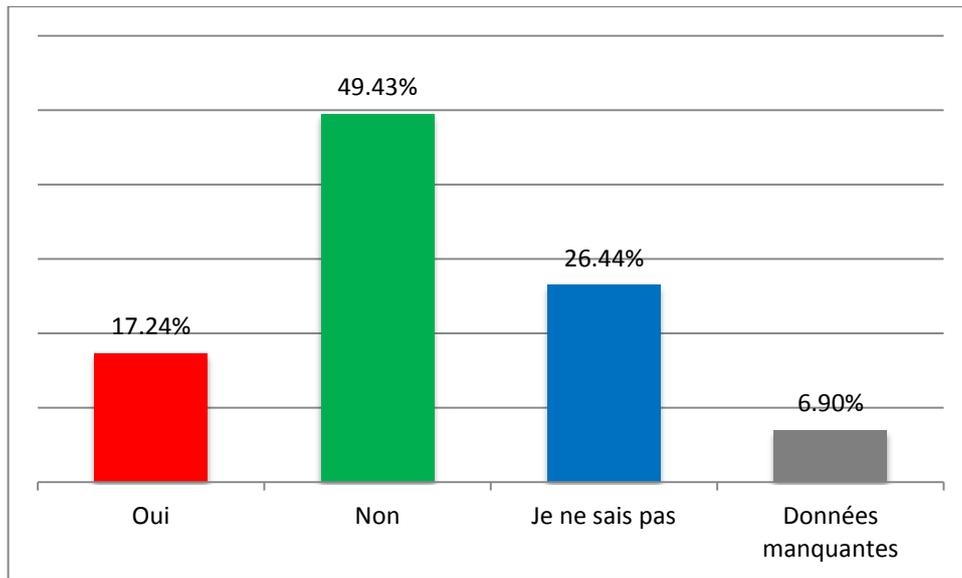
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 75.86% des réponses.

Affirmation 12 : "L'activité physique est déconseillée aux diabétiques."



La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 78,16% des réponses.

Affirmation 13 : "Comme les aliments gras contiennent peu ou pas de glucides, ils ne posent pas de problème en cas de diabète."

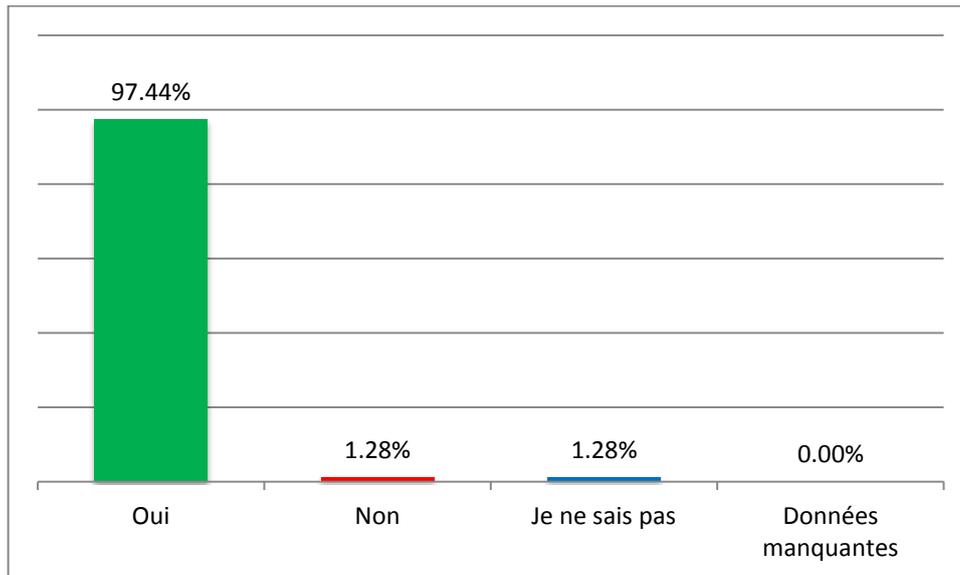


La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 49.43% des réponses.

3. *Traitement par antidiabétiques oraux.*

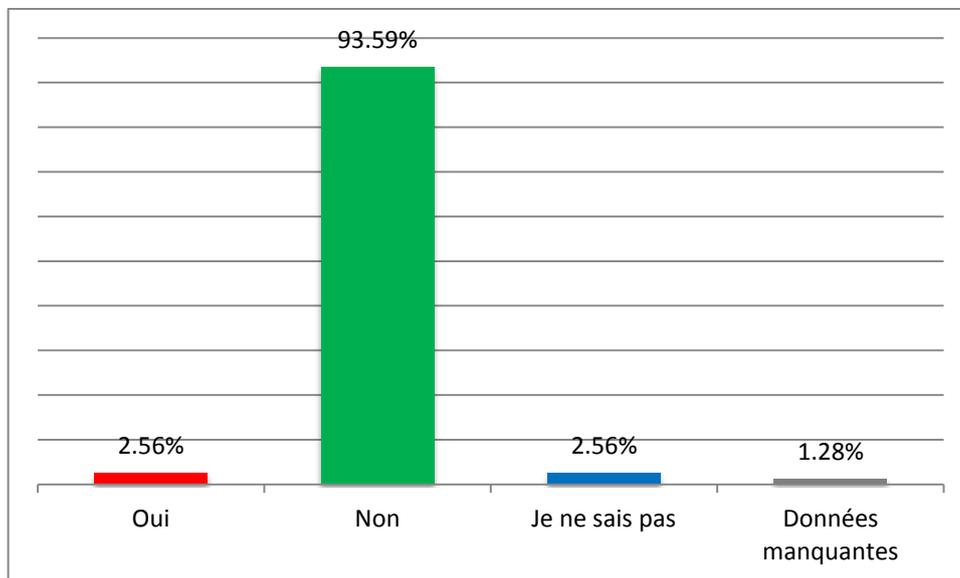
Sur les 87 patients, 9 n'ont répondu à aucune question de cette catégorie et ont donc été considérés comme non concernés. 78 questionnaires ont donc été analysés. Le taux moyen de réponses justes était de 94%.

Affirmation 14 : "Parmi tous mes médicaments, je sais quels sont ceux pour le diabète."



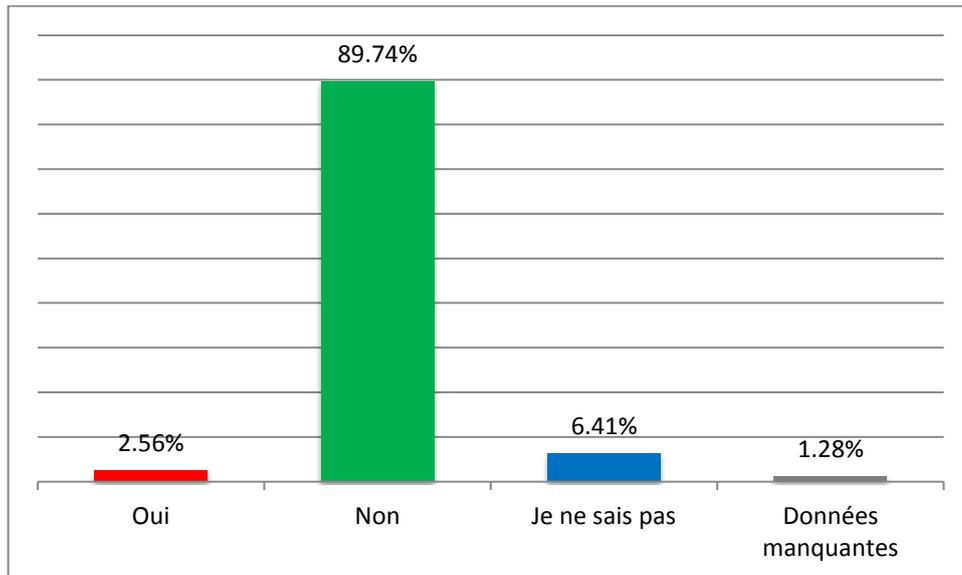
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 97,44% des réponses.

Affirmation 15 : "Si je prends des médicaments, je peux arrêter de faire attention à mon alimentation."



La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 93,59% des réponses.

Affirmation 16 : "Quand mon diabète est équilibré, je peux arrêter mes médicaments."

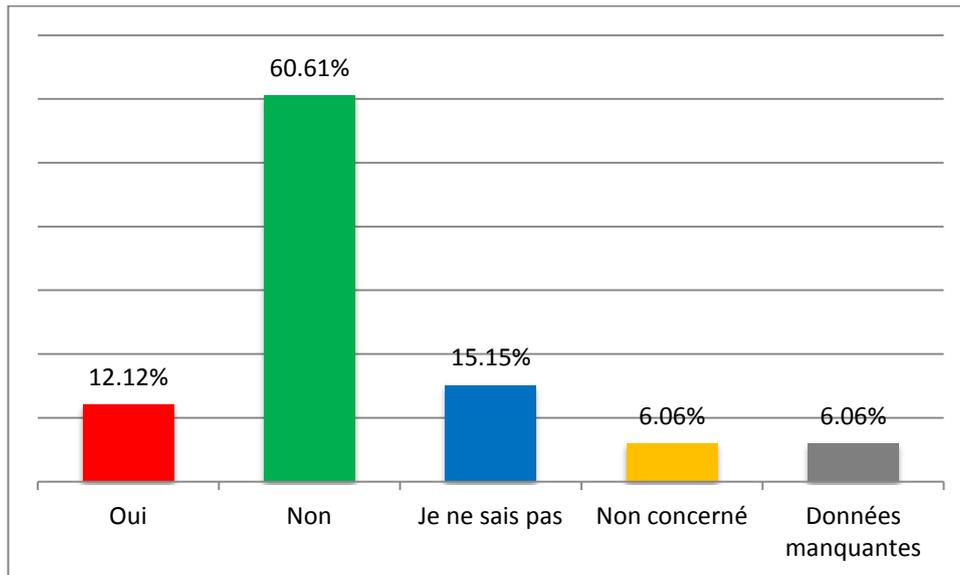


La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 89,74% des réponses.

4. Traitement par insuline

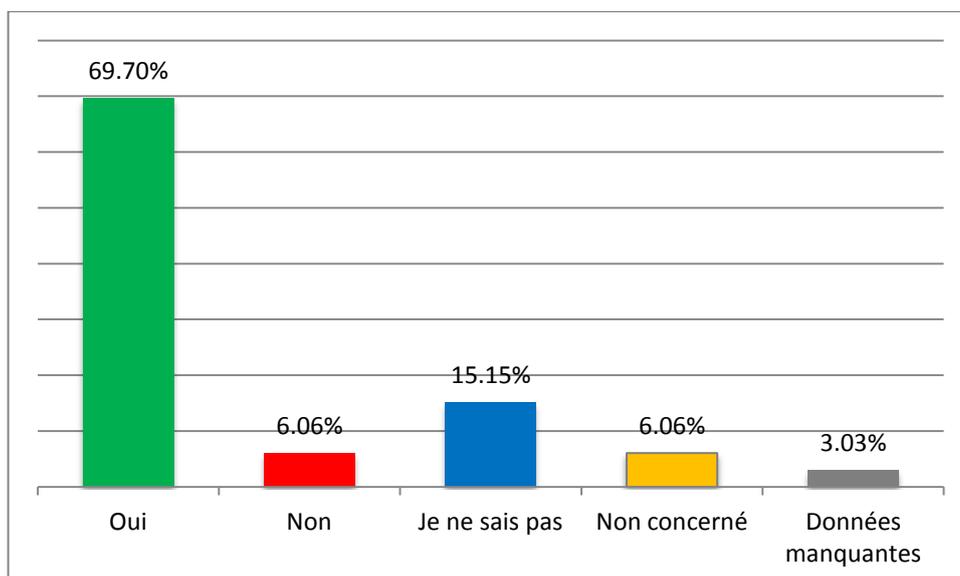
Sur les 87 patients, 54 n'ont pas répondu à l'intégralité des questions de cette catégorie et ont donc été considérés comme non concernés. 33 questionnaires ont donc été analysés. Sur ces 33 patients, 16 ont renseigné une durée de traitement par insuline. Le taux moyen de réponses justes était de 51%.

Affirmation 17 : "L'insuline sert à faire monter la glycémie"



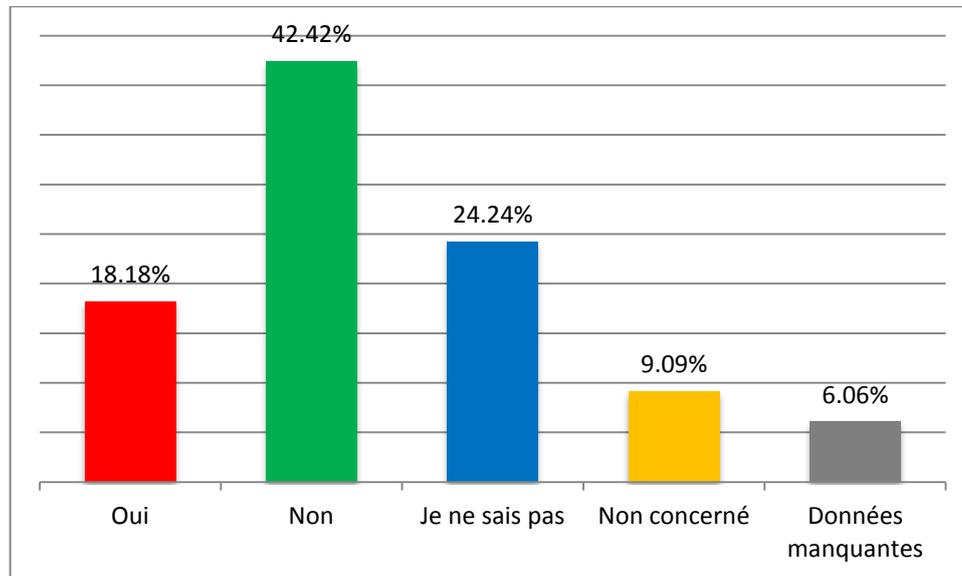
La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 60,61% des réponses.

Affirmation 18 : "L'insuline rapide agit en quelques minutes"



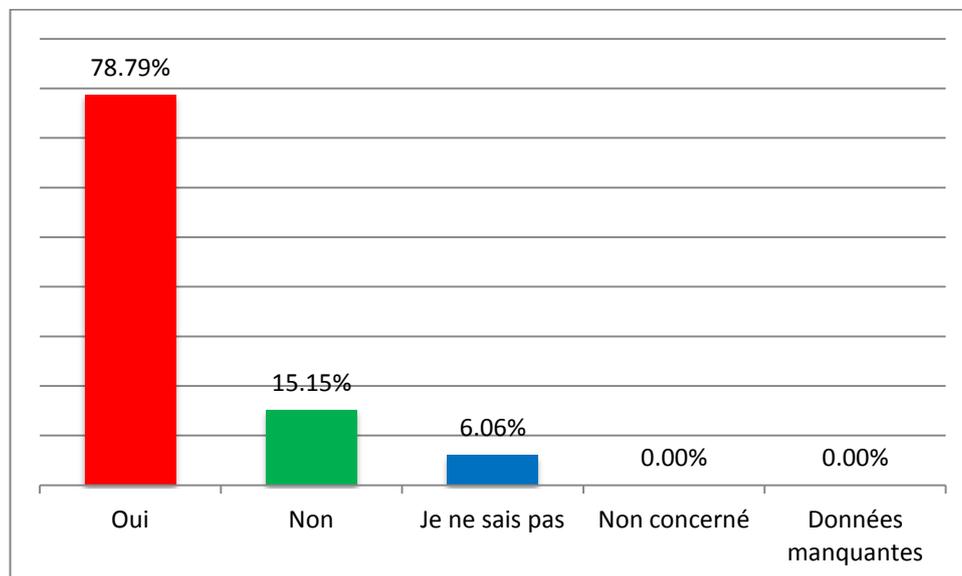
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 69,70% des réponses.

Affirmation 19 : "Si ma glycémie est basse au moment de l'injection d'insuline lente, je ne fais pas l'injection ce jour-là ."



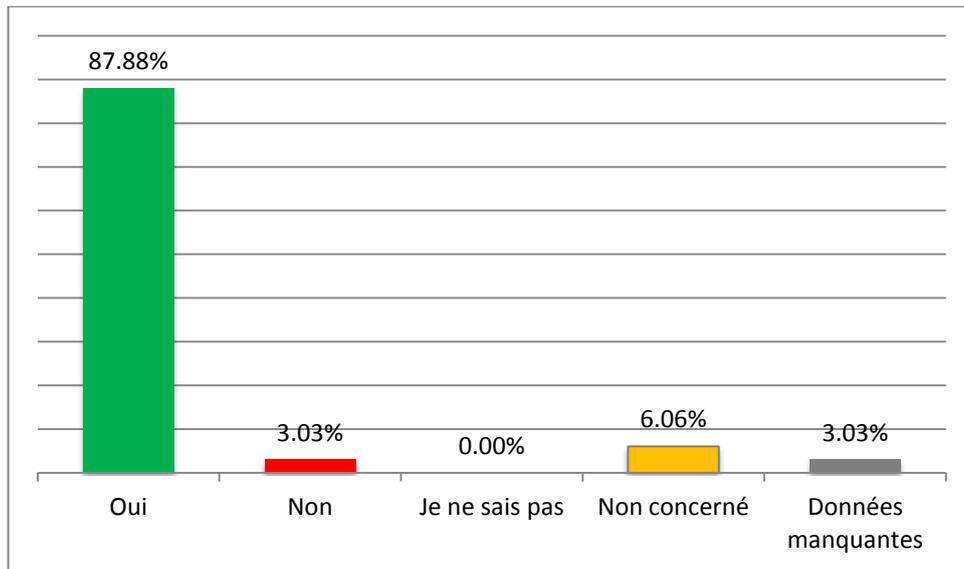
La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 42.42% des réponses.

Affirmation 20 : "Je dois me désinfecter la peau avant une injection d'insuline ."



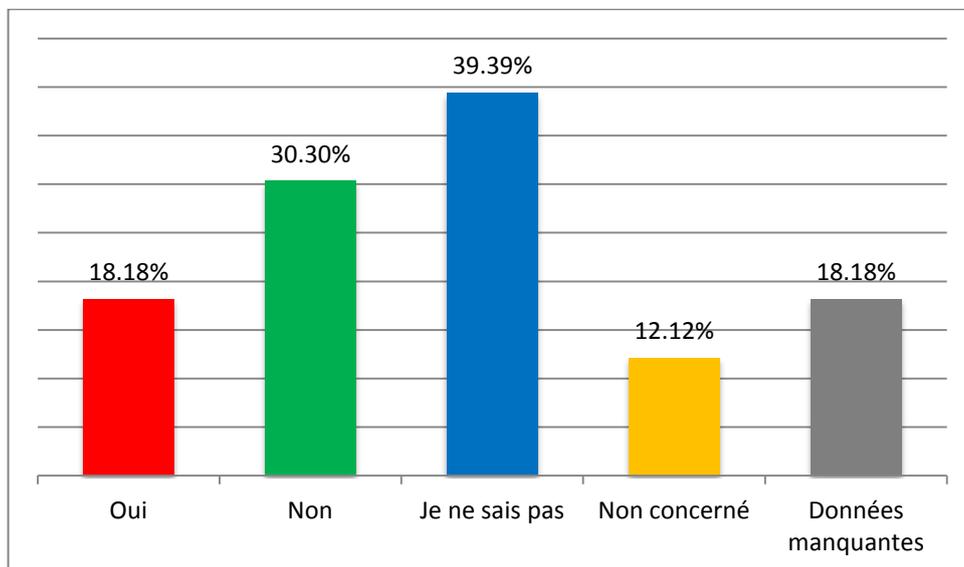
La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 15,15% des réponses.

Affirmation 21 : "Avant de faire ma glycémie capillaire, je dois me laver les mains à l'eau et au savon."



La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 87,88% des réponses.

Affirmation 22 : "En cas de vomissements importants, je ne dois pas faire mon insuline lente."

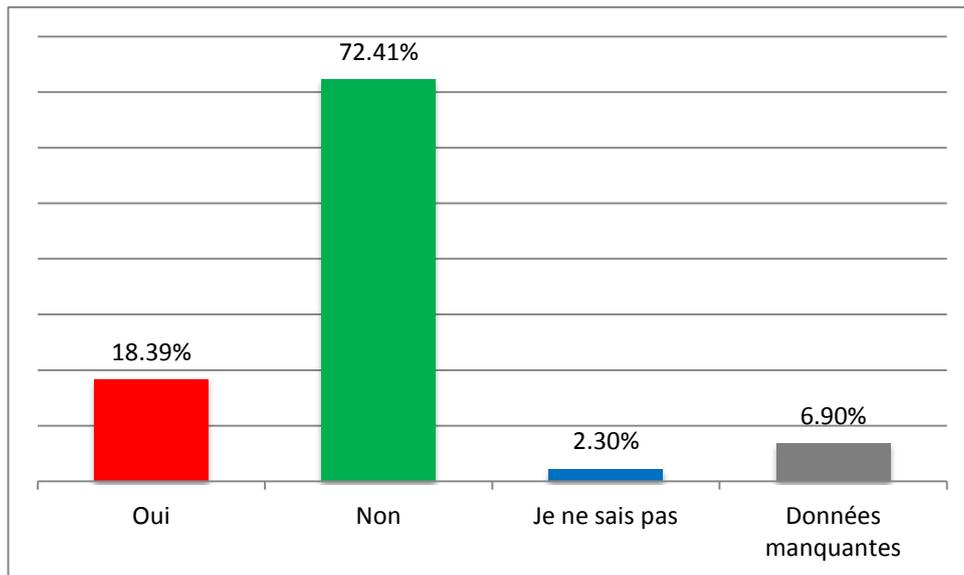


La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 30,30% des réponses.

5. Complications

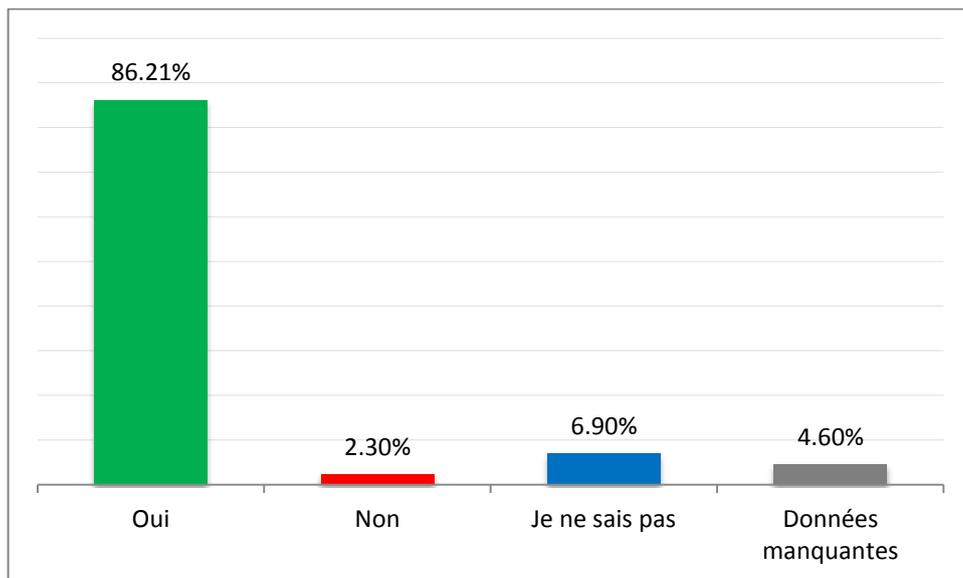
La totalité des 87 patients ayant répondu au questionnaire était concernée par les questions de cette catégorie. Le taux moyen de réponses justes sur cette partie de questionnaire était de 60%

Affirmation 23 : "Tant que l'on a une bonne vue, il n'est pas nécessaire de consulter un ophtalmologue."



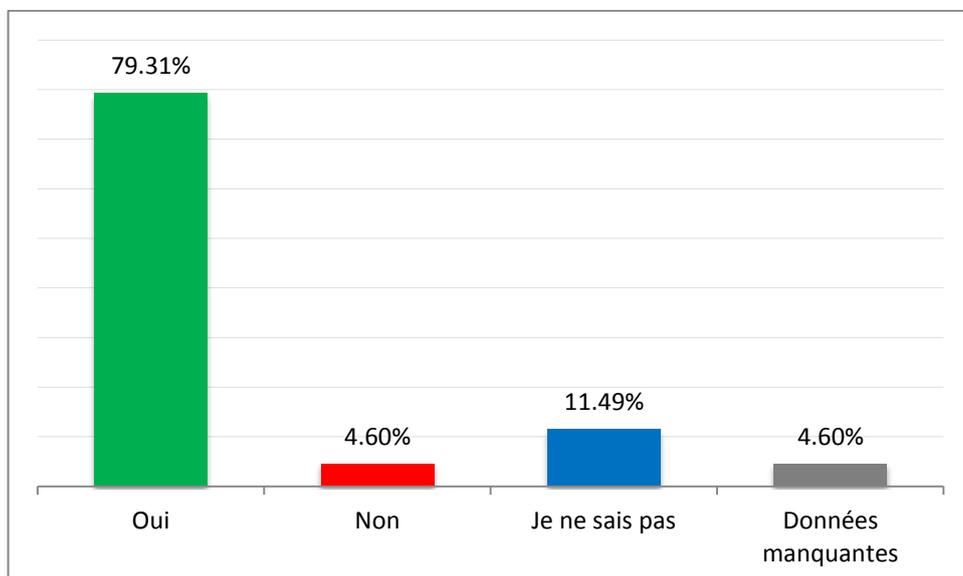
La réponse attendue à cette question était la réponse "Non", ce qui correspond à 72.41% des réponses.

Affirmation 24 : "Le diabète est un facteur de risque cardiovasculaire."



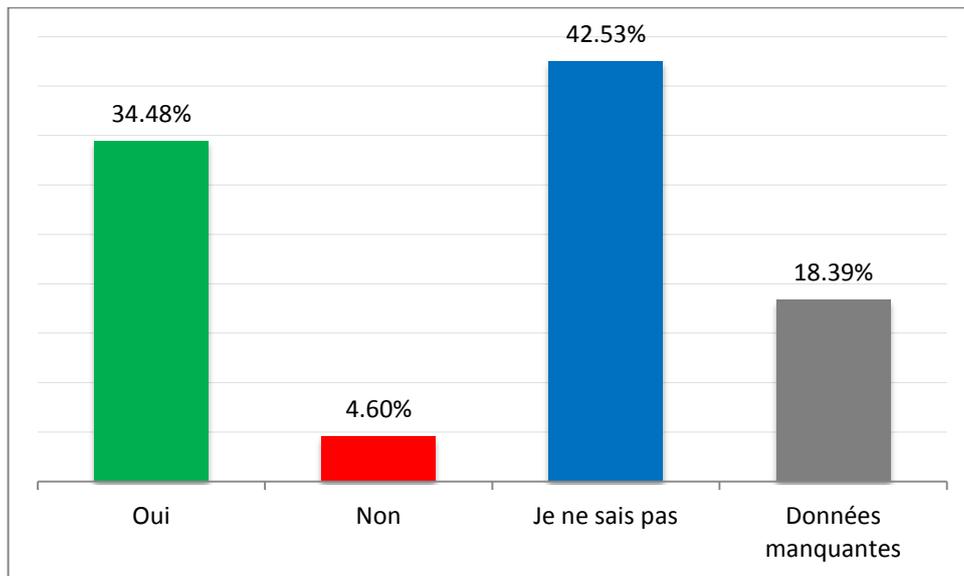
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 86,21% des réponses.

Affirmation 25 : "Je dois examiner régulièrement mes pieds, même si je n'éprouve pas de douleur"



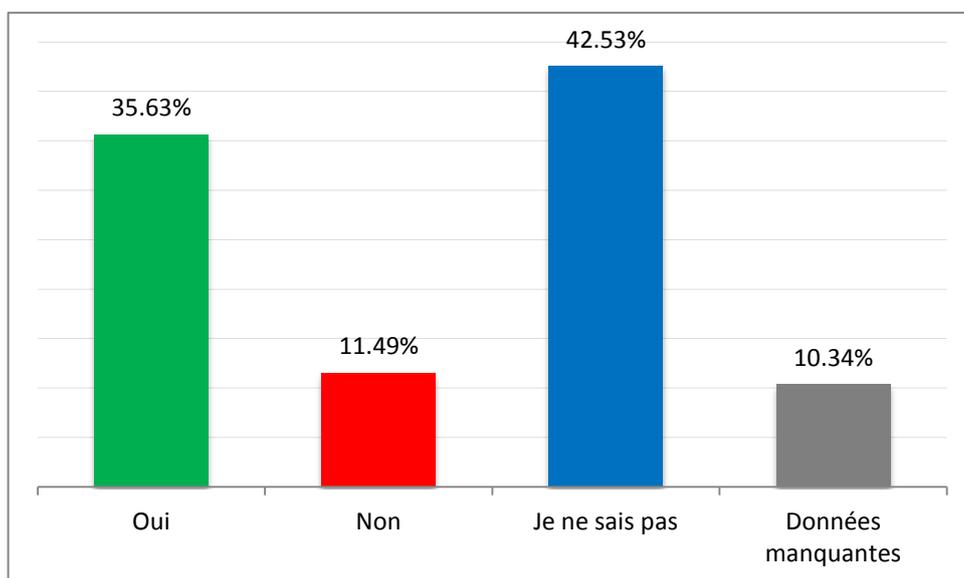
La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 79.31% des réponses.

Affirmation 26 : "Un déséquilibre chronique du diabète peut être responsable de troubles de l'érection."



La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 34,48% des réponses. Le taux de réponses justes chez les hommes était de 52%.

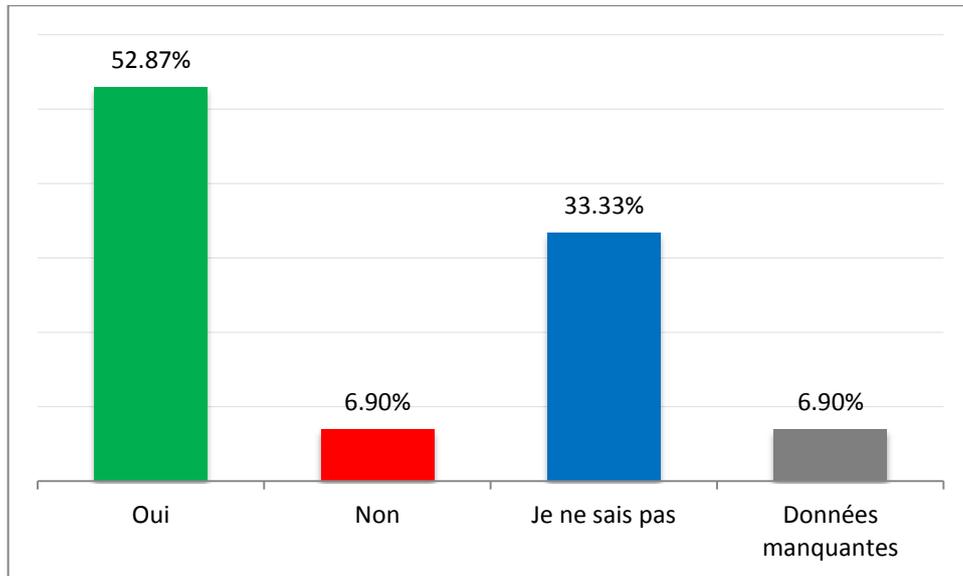
Affirmation 27 : "En cas d'hypoglycémie, la quantité de sucre à prendre pour un resucrage est de 3 carrés de sucre (ou équivalent)"



La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 35,63% des réponses.

Affirmation 28 : "L'alcool facilite la survenue d'hypoglycémie."

La répartition des réponses est la suivante :



La réponse attendue à cette question était la réponse "Oui", ce qui correspond à 52,87% des réponses.

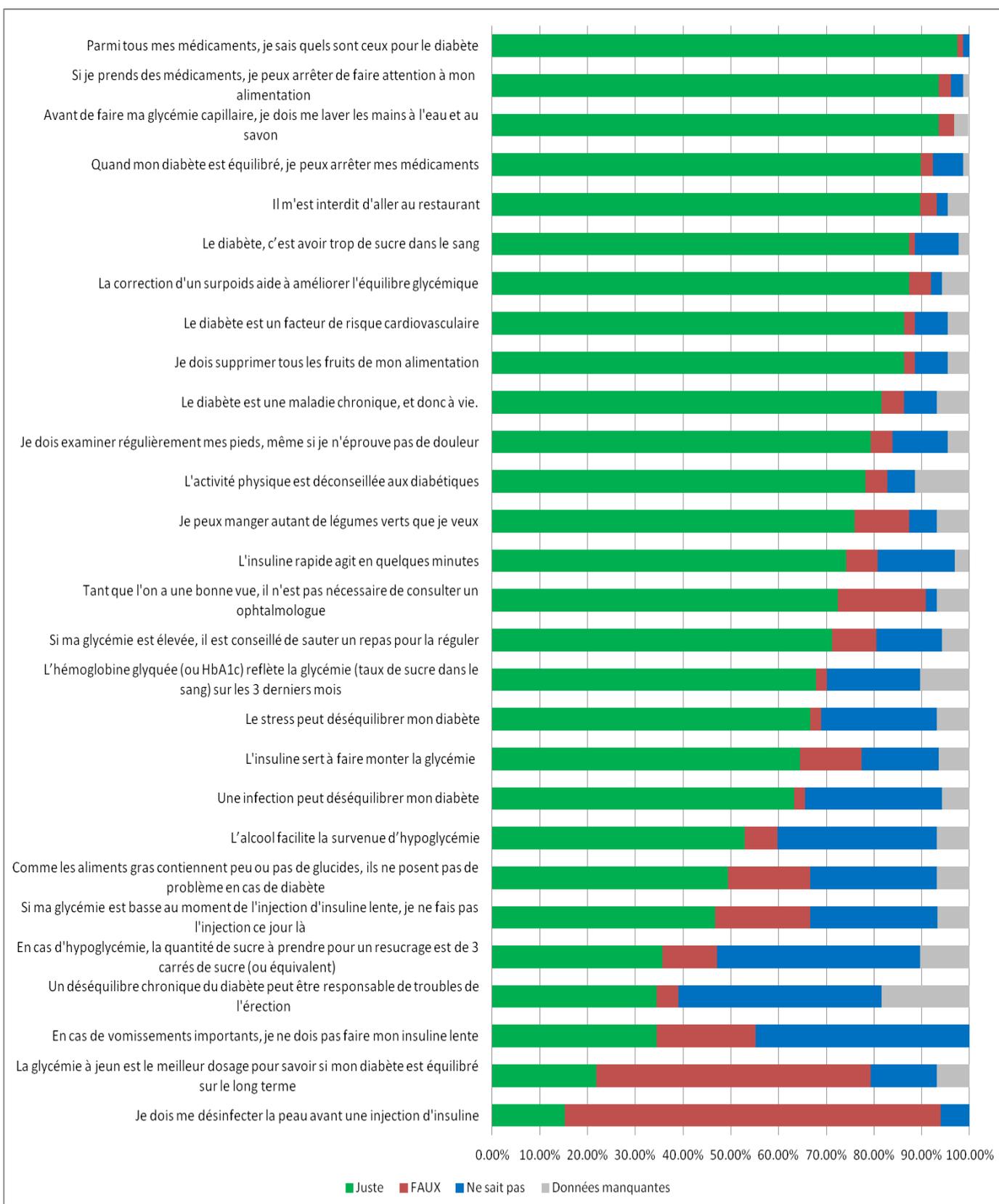


Figure 1 : Répartitions des réponses par question, classées par taux de réponses justes.

K. ETUDE DES LIENS ENTRE CARACTERISTIQUES PERSONNELLES OU DIABETOLOGIQUES ET NIVEAU DE CONNAISSANCES.

Notre étude n'a pu mettre en évidence aucune association statistique significative entre le taux de réponse juste global et les caractéristiques sociodémographiques des patients ou celles de leur diabète.

Tableau 44 : Taux de réponses justes en fonction des caractéristiques des patients.

	n	Taux de réponses justes	p
Sexe			
H	46	68%	0.394
F	37	64%	
Age			
<45	5	69%	0.093
[45-65[39	69%	
[65-75[25	67%	
>75	16	56%	
Ancienneté diabète (années)			
<1	11	61%	0.467
[1-5[26	63%	
[5-10[17	67%	
>10	31	70%	
Complication			
Oui	17	66%	0.4953
Non	63	63%	
Diabétologue			
Oui	50	68%	0.1918
Non	36	63%	
Hospitalisation			
Oui	15	68%	0.5844
Non	70	65%	
ETP			
Oui	14	71%	0.2377
Non	69	64%	
Fréquence médecin traitant			
1x/mois	9	62%	0.707
1x/3 mois	53	65%	
1x/6mois	20	68%	
1x/an	1	52%	

L. ATTENTES EN TERME D'INFORMATION

77,5 % des patients souhaitaient être plus informés à propos du diabète.

Parmi eux, 27,42% sont intéressés par des informations concernant les mécanismes du diabète, 53,23% par des informations sur les règles hygiéno-diététiques, 33,87% par des informations concernant la gestion du traitement, et 40,32% par les complications du diabète. Concernant les moyens de délivrance de cette information, le choix se porte d'abords sur les supports écrits (46,77%), puis sur les consultations dédiées (35,48%), les ateliers de groupes arrivant en dernière position (25,81%).

Le souhait d'information à propos du diabète n'était pas significativement associé au niveau de connaissance global ($p=0.9547$).

35% des patients ont renseigné une adresse mail pour recevoir les réponses justes au questionnaire.

Discussion

M. METHODOLOGIE :

Cette étude présente plusieurs limites :

Bien que multicentrique, notre étude n'a porté que sur un faible échantillon de la population diabétique parisienne, estimée pour l'année 2013 à un peu plus de 80 000 personnes (nombre de personnes traitées pharmacologiquement, tous types de diabètes compris) (41). Il résulte de ce faible effectif un manque de puissance de notre étude.

Une autre limite de cette étude réside dans le questionnaire utilisé : l'absence de questionnaire consensuel en France sur les connaissances des patients diabétiques impacte à la fois sur la validité interne et externe de notre étude. Malgré les précautions prises pour son élaboration, décrites plus haut, il persiste une part de subjectivité dans le choix des items et leur formulation. On ne peut exclure que la tournure aussi bien que les termes de la question puissent parfois induire la réponse. En ce qui concerne la validité externe, l'absence de consensualité rend évidemment difficile toute comparaison fine avec d'autres études portant sur le même sujet, mais utilisant une méthodologie différente.

Par ailleurs, le fait qu'il s'agisse d'un auto questionnaire excluait de principe dans les patients dans l'impossibilité de lire ou de répondre au questionnaire. Une partie de la population ayant un niveau d'étude bas et donc potentiellement défavorisée socio-économiquement n'est donc pas représentée par notre étude, alors qu'il s'agit d'une population dans laquelle la prévalence de type 2 est plus élevée que dans la population générale. (3) Il s'agit de plus d'une population qui a moins accès à l'information moins aisé que dans la population générale, et pour qui les efforts d'éducation thérapeutiques sont parfois moins poussés. Il peut en résulter des taux de réponses justes plus élevés que si nous avions pu intégrer l'ensemble des patients diabétiques de type 2 des médecins participants à l'étude. Un autre

biais inhérent à l'auto questionnaire est que par définition, les réponses fournies par les patients ne sont pas contrôlables. Le recueil d'information peut donc être potentiellement faussé (biais de mémoire, d'attention...).

Il existe également plusieurs biais de recrutement :

La participation des médecins étant basée sur le volontariat, on peut imaginer que ceux qui ont accepté de participer sont ceux qui sont intéressés ou plus à l'aise avec les problématiques du diabète ou de l'éducation thérapeutique au sens large. Leurs patients pourraient de ce fait être mieux informés sur leur diabète que la population générale.

Un autre biais réside dans la répartition trop homogène des médecins sur le plan géographique, certains arrondissements n'étant pas représentés dans notre étude. On peut craindre que ce manque de diversité géographique entraîne un manque de diversité socio culturelle, et que notre échantillon ne soit pas tout à fait représentatif de la population diabétique parisienne.

Le volontariat crée également un biais de recrutement côté patient car ceux ci avaient bien sûr la possibilité de refuser de répondre au questionnaire. On peut imaginer que les patients pensant avoir un faible taux de connaissances seraient moins enclins à répondre au questionnaire, par biais de désirabilité (en effet, bien qu'anonyme, le questionnaire était le plus souvent remis directement au médecin traitant). Cependant, il semblerait d'après les médecins participants que très peu de patients aient refusé de participer.

Il n'est également pas à exclure que certains patients aient rempli le questionnaire en présence de leur médecin ou de leur entourage, et que ceux-ci aient pu influencer, volontairement ou non, les réponses données. Dans le cas où le patient aurait été influencé par le médecin, on peut imaginer un nombre de réponses justes supérieur à ce qui aurait été si le patient avait rempli seul le questionnaire.

N. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Comparer les caractéristiques de notre échantillon par rapport à celles de la population cible, c'est à dire les patients diabétiques de type 2 parisiens, est difficile, car c'est une population qui a peu été étudiée. Une seule étude a été retrouvée, datant de 1999, décrivant la population diabétique de type 2 d'Ile-de-France âgés de moins de 70ans. (42) La comparaison est en revanche plus facile avec la population diabétique française dans son ensemble, grâce à l'étude ENTRED 2007-2010. D'après cette étude, un quart de la population diabétique a 75 ans ou plus, et est composée à 54% d'hommes. On constate que notre échantillon est donc comparable au niveau de la répartition par sexe mais qu'il est un peu plus jeune, avec 18% de patients âgés de plus 75 ans.

Concernant les caractéristiques du diabète, l'étude ENTRED retrouve une ancienneté du diabète supérieure à 10 ans chez près de la moitié des patients contre 36% dans notre étude. Cette différence s'explique probablement par la moyenne d'âge plus jeune de notre échantillon, et par la population de diabétiques de type 1 incluse dans l'étude ENTRED. L'existence de complications était rapportée chez 20% de nos patients, contre 46% dans l'étude réalisée en Ile de France en 1999, dont les données étaient bien plus complètes puisqu'elle incluait un entretien avec un médecin conseil et un questionnaire au médecin traitant.

Le suivi par un diabétologue dans l'étude ENTRED , défini par une consultation dans les deux dernières années, était de 14%, bien moindre que les 54% de notre étude. Cela s'explique d'abord par la formulation de la question dans notre étude, qui incluait une notion de suivi sans précision de temporalité. On peut ensuite imaginer que le recours à un spécialiste est peut être plus aisé à Paris que dans d'autres régions.

Enfin, l'HbA1c moyenne dans l'étude ENTRED était de 7.1%, contre 6.8% dans notre étude.

2. Synthèse des résultats

Le taux de réponses exactes sur l'ensemble du questionnaire, à l'exclusion des questions portant sur les traitements (qui ne concernaient pas l'ensemble des patients) varie de 5% à

89%, avec une moyenne de 66 %. Ce résultat est assez proche de celui d'une thèse réalisée dans le bassin du Puy en Velay, basée sur le DKT et dont le taux moyen de bonnes réponses était de 61% (43). Le taux de réponses exactes très faibles de certains questionnaires s'explique en grande partie par un nombre très important de réponses manquantes. On peut remarquer que sur les quatre-vingt sept patients de notre étude, aucun n'a répondu juste à l'ensemble du questionnaire. Parallèlement, aucune question n'atteint 100% de réponses justes. Cela démontre la grande variabilité interindividuelle des connaissances sur le diabète, et l'absence « d'évidence » dans ce que savent ou non les patients.

Dans l'ensemble, les problématiques les mieux connues sont celles des règles hygiéno-diététiques et des traitements antidiabétiques oraux. Les questions portant sur les complications, à l'exception du risque cardiovasculaire, apportent des réponses plus hétérogènes, avec une forte proportion de "je ne sais pas". On peut imaginer qu'il s'agit d'un sujet moins abordé par les médecins, en particulier chez les patients diabétiques récents, bien équilibrés, et indemnes de complications. Ce résultat est cohérent avec ceux mis en évidence par des travaux de thèse réalisés en pays de Loire en 2013 et en Franche Comté en 2010.(37,39) Cette dernière retrouvait cependant une plus faible proportion de patients connaissant les complications cardiaques du diabète (31% contre 86% dans notre étude), cette différence étant très certainement due à la formulation de la question. L'étude réalisée en 1999 en Ile de France retrouvait des résultats plus proches des nôtres puisque 76% des patients disaient connaître les complications cardiovasculaires du diabète. (42)

Le fait qu'aucun des facteurs sociodémographiques ou diabétologiques testés n'a pu être significativement associé au niveau de connaissance globale sur la maladie, contrairement aux résultats d'études antérieures, s'explique probablement par le manque de puissance de notre étude. Parmi les facteurs ayant pu être mis en évidence, des travaux de thèse réalisés en 2009 à Paris et 2013 en Pays de Loire retrouvaient une corrélation entre ancienneté du diabète et niveau de connaissances. (37,44). La thèse réalisée en 2013 en Pays de Loire retrouvait également une corrélation entre connaissance de la valeur de l'hémoglobine glyquée et celle de la maladie diabétique en générale. Ce lien a également été mis en évidence dans deux études en 2005 aux états unis (45) et en 2010 en Turquie. (46)

Concernant les attentes en terme d'information, on remarque que plus des trois quarts des

patients interrogés souhaiteraient recevoir d'avantage d'information sur le diabète, et ce quelque soit leur niveau de connaissances. La demande d'information porte en premier lieu sur les règles hygiéno-diététiques. Ces résultats sont comparables à ceux tirés de l'étude Entred 2007 auprès d'une cohorte de 4296 diabétiques. Elle retrouvait une demande d'informations complémentaires chez 77% d'entre eux, principalement concernant l'alimentation (40). Cela démontre encore une fois que les démarches éducatives répondent à une réelle attente de la part des patients.

Enfin, il est important de souligner que ces résultats portent uniquement sur les connaissances des patients, et ne peuvent en aucune manière être extrapolés à leur comportement. En effet, il y a un gouffre en « savoir-faire » et « faire ». Un travail de thèse réalisé en 2013 dans le bassin du Puy en Velay auprès de 374 patients n'a pas permis de mettre en évidence de lien entre observance et score de connaissances globales. Il n'en reste pas moins qu'il est difficile de "bien faire", quand on ne sait pas "quoi faire".

D'autre part, notre étude ne permet pas de distinguer les connaissances non acquises parce qu'elles n'ont jamais été transmises ou parce qu'elles n'ont pas été retenues. En effet, si le parcours global du patient peut dans la majorité des cas être retracé (suivi par un diabétologue, antécédent d'hospitalisation, participation à des séances d'éducation thérapeutiques, recours à un podologue, diététicien...) il est impossible de savoir avec précision les informations qui ont été transmises à ses occasions. Il serait intéressant pour le médecin traitant ainsi que pour les différents intervenants de disposer d'une trace écrite leur permettant de connaître le contenu des interventions éducatives dont a bénéficié le patient.

3. Réflexions sur certains items

a) Items à forte proportion de réponses fausses

Les affirmations à l'origine d'une forte proportion de réponses fausses méritent d'être soulignées car elles correspondent à de "fausses croyances" des patients.

On remarque par exemple que plus de trois quarts des patients insulino-requérants pensent

nécessaires de se désinfecter la peau avant l'injection, alors qu'il est démontré depuis longtemps qu'une injection sur peau propre est suffisante pour prévenir les risques d'infection sur site d'injection. (47,48) Si cette pratique ne comporte pas de danger pour les patients, elle ajoute une contrainte à des soins quotidiens déjà lourds.

Les modalités du traitement par insuline génèrent aussi beaucoup de confusion et d'incertitude. On constate ainsi qu'un patient insulino-requérant sur cinq pense devoir arrêter son insuline lente en cas de vomissements importants, et près de la moitié ne se prononcent pas. De la même manière, 20% des patients pensent ne pas devoir réaliser leur injection d'insuline lente si leur glycémie est basse au moment de l'injection, et un quart ne savent quoi faire. Il est très probable que les rôles respectifs des insulines rapide et lente restent bien plus flous chez les diabétique de type 2 insulino-requérants que chez les diabétiques de type 1. Or une mauvaise utilisation des insulines, en particulier une irrégularité dans la prise d'insuline lente, peut être un facteur de risque de déséquilibre du diabète, voir d'acidocétose, même si cette complication est bien plus rare que dans le diabète de type 1.

Par ailleurs, bien que 67% des patients connaissent la définition de l'hémoglobine glyquée, 64% pensent que la glycémie à jeun est le meilleur marqueur de l'équilibre glycémique sur le long terme. On peut imaginer comme explication d'une part une mauvaise lecture de la question et de la notion de « long terme », d'autre part pour certains patients une habitude de suivi par auto surveillance glycémique.

Concernant le suivi spécialisé, près de 20% des patients pensent inutile de consulter un ophtalmologue tant qu'ils ne ressentent pas de baisse d'acuité visuelle. Il est probable que malgré les prescriptions de leur médecin traitant, ces patients ne consultent pas annuellement leur ophtalmologue comme recommandé, et soient donc plus à risque de développer une rétinopathie diabétique à un stade avancé.

b) Items à forte proportion de réponse "Je ne sais pas"

Parmi les items pour lesquels une forte proportion de patients ne se prononcent pas, on note en particulier les questions abordant les facteurs potentiels de déséquilibre du diabète : alcoolisation (33%), infection (29%), stress (24%). Ces facteurs peuvent être à l'origine de

déséquilibres aigus inconfortables voir angoissants pour le patient qui n'en comprend pas les causes. De plus les fluctuations glycémiques, si elles se répètent, peuvent finir par influencer sur l'équilibre global du diabète.

L'item portant sur les dysfonctions érectiles dues au diabète génère aussi une forte proportion de "Ne sais pas". Cependant cette complication est bien mieux connue chez les hommes (52%) que chez les femmes (30%), ce à quoi on pouvait logiquement s'attendre.

Conclusion

Cette étude a permis de répondre à l'objectif principal de notre travail qui consistait à réaliser « un état des lieux » des connaissances des patients diabétiques de type 2 sur le diabète, à Paris. Elle a permis de mettre en évidence des connaissances générales d'un niveau correct, ainsi qu'une grande variabilité interindividuelle des connaissances sur le diabète. Le fait de n'avoir pu mettre en évidence de lien entre les caractéristiques des patients et leur niveau connaissances, bien qu'il soit à relativiser par le manque de puissance de l'étude, démontre l'intérêt que représente un diagnostic éducatif individuel systématique, sans préjugé, et répété dans le temps. Un autre constat d'importance est la forte proportion de patients souhaitant être mieux informés sur le diabète, en particulier sur les mesures hygiéno-diététiques et les complications potentielles. Il s'agit d'un résultat intéressant car encourageant pour la pratique de l'éducation thérapeutique au sens large, et confirmant l'importance du rôle du médecin généraliste dans le système de soin. Il serait intéressant de mettre ces résultats en parallèle avec ceux qu'attendraient par les médecins de ces patients, afin de voir si ceux-ci évaluent justement les connaissances et difficultés de leurs patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut comité de la santé publique. Diabète : prévention, dispositif de soins, et éducation du patient. 1998.
2. International Diabetes Federation. Diabetes atlas, third edition. Delice Gan Eds. 2006;
3. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en 2012. BEH. 2014;30-31:493-9.
4. Jacques Bringer. Editorial. Complications sévères du diabète et suivi des examens recommandés en France : Progrès, insuffisances et disparités. BEH. 2015;618.
5. Ricci P, Blotière PO, Weil A, Simon D, Tuppin P, Rocordeau P, et al. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? BEH. 2010;42-43:425-31.
6. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers. 2007;74.
7. Inserm-TNS Healthcare-Roche. ObÉpi Roche 2009 : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Roche. 2009;
8. INVS. Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>. 2013;
9. Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. 2011;
10. A. Fagot-Campagna, A. Weill, A. Paumier, N. Poutignat, C. Fournier, S. Fosse, et al. Que retenir du bilan d'ENTRED 2007-2010 ? Médecine Mal Métaboliques. mars 2010;4.
11. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. Bull Epidémiol Hebd. 2015;((34-35)):619-25.
12. Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis A, Lecomte P, et al. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. BEH. 2009;42-43.

13. Romon I, Rey G, Weill A, Jouglu E, Eschwège E, Fagot-Campagna A. Surmortalité entre 2001 et 2006 dans la cohorte diabétique Entred. In : Congrès de la Société francophone du diabète. mars 2010;
14. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352(9131):837-53. *Lancet*. 1998;352(9131):837-53.
15. Gregg EW, Li Y, Wang J, Burrows NR, Ali MK, Rolka D. Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010. *370*. 2014;16(N Engl J Med.):1514-23.
16. Pauline Ricci, Michèle Chantry, Bruno Detournay, Nathalie Poutignat. Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète : Études Entred 2001 et 2007.
17. HAS. Extrait de l'argumentaire scientifique de la RBP : « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » Chapitre : Epidémiologie et coût du diabète de type 2 en France.
18. Colloque européen HEGP. L'éducation pour la santé des patients. Un enjeu pour le système de santé. 2001.
19. Cécile Fournier, Sandra Kerzanet. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19:413-25.
20. Brigitte Sandrin Berthon. À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? *Santé Homme*. mai-juin 2006;383.
21. OMS. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1998;
22. Cécile Fournier, Julie Pélicand, Isabelle Vincent. Enquête sur les pratiques éducatives auprès des patients diabétiques de type 2 en 2001. INPES. Aout 2007;
23. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Le plan national d'éducation pour la santé. 2001.
24. Direction générale de la santé. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007;
25. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » [Internet]. 2009. Disponible sur: www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf

26. Société francophone du Diabète. Le Livre blanc du diabète. 2011.
27. PY Traynard, R Gagnare. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ? In: Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques. Abrégés Masson. 2007.
28. Docteur Pierre Hecquard. L'Éducation Thérapeutique. 2009;
29. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2009;
30. Varroud-Vial M, Drahi E. Education de premier recours : tout patient doit pouvoir en bénéficier. Concours Méd. 2009;131:812-5.
31. Carte'EP Ile de France [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: http://www.educationtherapeutique-idf.org/_front/Pages/page.php?page=1
32. Robert J, Roudier C, Poutignat N, Fagot-Campagna A, Weill A, Rudnichi A, et al. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. BEH. 2009;42-43:455-60.
33. WONCA Europe. La définition Européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;
34. Olivier Bourit, Eric DRAHI. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine Médecine Factuelle À Nos Prat. mai 2007;3(5):229-34.
35. University of Michigan. Michigan Diabetes Research and Training Center's Brief Diabetes Knowledge Test. 1998.
36. Stéphane Micaelli. Evaluation des connaissances des patients diabétiques de type 2 suivis en Languedoc-Roussillon. [Montpellier]; 2010.
37. Bazureau S. Diabète de type 2 : étude sur les connaissances et idées reçues d'une cohorte de 130 patients en Pays de Loire [Thèse de médecine]. Université de Nantes; 2013.
38. Agogue F. Évaluation des connaissances des patients sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Partie III : le diabète. [Thèse de médecine]. Université de Paris-Sud; 2013.
39. Feuvrier A. Evaluation des connaissances des patients diabétiques de type 2 sur leur pathologie : à partir d'une enquête réalisée en Franche-Comté. [Thèse de médecine]. Université de Franche-Comté; 2010.
40. Fournier C, Gautier A, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, et al.

Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred. BEH Thématique. 10 nov 2009;(43-44):460-4.

41. InVS. Données épidémiologiques : Prévalence et incidence du diabète. [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
42. Silvera L, Simon D, Trutt B, Blanchon B, Parmentier M, Hecquard P. Description des diabétiques de type 2 d'Ile-de-France âgés de 70 ans au plus. *Diabetes Metab.* 2000;26(Sup 6):69-76.
43. Rodet V. Rapports entre observance et connaissances dans le diabète de type 2 en médecine générale [Thèse de médecine]. Université de Clermont Ferrand; 2013.
44. EL MOKHTARI ASSARINI Majida. Diabète de type 2 et éducation thérapeutique : évaluation du niveau de motivation et de connaissance chez 46 patients. 2009.
45. Heisler M, Piette JD, Spencer M, Kieffer E, Vijan S. The relationship between knowledge of recent HbA1c values and diabetes care understanding and self-management. *Diabetes Care.* 2005;28(4):816-22.
46. Ozcelic F, Yiginer O, Arslan E, Serdar MA, Uz O, Kardesoglu E, et al. Pol Arch Med Wewn. 2010 Oct;120(10):399-406. Association between glycemic control and the level of knowledge and disease awareness in type 2 diabetic patients. *Pol Arch Med Wewn.* 120(10):399-406.
47. Koivisto VA, Felig P. Is skin preparation necessary before insulin injection? *Lancet.* 1978;1(8073):1072-5.
48. Lemaire V, Grimaldi A, Wolkenstein P. L'injection d'insuline à travers les vêtements peut-elle être recommandée ? *Concours Méd.* 120(37):2591-2.

Annexe 1 : Questionnaire

N° de Questionnaire :

ENQUETE POUR THESE DE MEDECINE GENERALE

Madame, Monsieur, je vous remercie de bien vouloir consacrer un peu de votre temps à répondre ce questionnaire. Il fait l'objet d'un travail de thèse en médecine générale qui s'intéresse aux **connaissances des patients diabétiques** sur leur maladie, ainsi qu'à leurs demandes éventuelles en terme d'informations. Ce questionnaire est **recto verso** et ne vous prendra **pas plus de quelques minutes**. Il est **anonyme**.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES :

Sexe : Homme Femme

Tranche d'âge : Moins de 45ans 45 à 64ans 65 à 74ans Plus de 75ans

Catégorie socioprofessionnelle actuelle :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> Employés (Employés civils, policiers, militaires, employés administratifs ou de commerce...) |
| <input type="checkbox"/> Artisans, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Ouvriers |
| <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales, professeurs, ingénieurs...) | <input type="checkbox"/> Retraités |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires (professeurs des écoles, religieux, techniciens, contremaîtres,...) | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |

CONCERNANT VOTRE DIABETE :

Ancienneté du diabète : Moins d'1an 1 à 5ans 5 à 10ans Plus de 10ans Je ne sais pas

Dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) connue : _____ Je ne sais pas

Avez vous une complication due au diabète? Oui Non

Si vous êtes traité par insuline : depuis combien de temps êtes vous sous insuline ? <5ans 5 à 10ans >10ans

Etes vous suivi par un diabétologue? Oui Non

Avez vous déjà été hospitalisé dans le cadre de votre diabète? Oui Non

Avez vous déjà assisté à des ateliers ou séances d'éducation thérapeutiques sur le diabète ? Oui Non

Etes vous intégré au sein d'un "réseau diabète" (ex. Paris Diabète)? Oui Non

A quelle fréquence consultez vous en moyenne votre médecin généraliste :

1x par mois 1x tous les 3 mois 1x tous les 6 mois 1x par an moins d'une fois par an

GENERALITES :

	Oui	Non	NSP*
01 Le diabète, c'est avoir trop de sucre dans le sang			
02 Le diabète est une maladie chronique, et donc à vie.			
03 La glycémie à jeun est le meilleur dosage pour savoir si mon diabète est équilibré sur le long terme			
04 L'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) reflète la glycémie (taux de sucre dans le sang) sur les 3 derniers mois			
05 Une infection peut déséquilibrer mon diabète			
06 Le stress peut déséquilibrer mon diabète			

* NSP : Je ne sais pas.

ALIMENTATION ET ACTIVITE PHYSIQUE :

		Oui	Non	NSP
07	La correction d'un surpoids aide à améliorer l'équilibre glycémique			
08	Je dois supprimer tous les fruits de mon alimentation			
09	Si ma glycémie est élevée, il est conseillé de sauter un repas pour la réguler			
10	Il m'est interdit d'aller au restaurant			
11	Je peux manger autant de légumes verts que je veux			
12	L'activité physique est déconseillée aux diabétiques			
13	Comme les aliments gras contiennent peu ou pas de glucides, ils ne posent pas de problème en cas de diabète			

TRAITEMENT PAR ANTIDIABETIQUES ORAUX (ne répondez à cette partie que si vous êtes actuellement sous antidiabétiques oraux):

		Oui	Non	NSP
14	Parmi tous mes médicaments, je sais quels sont ceux pour le diabète			
15	Si je prends des médicaments, je peux arrêter de faire attention à mon alimentation			
16	Quand mon diabète est équilibré, je peux arrêter mes médicaments			

**TRAITEMENT PAR INSULINE (ne répondez à cette partie que si vous êtes actuellement sous insuline):
(Si vous n'êtes pas concerné par le type d'insuline cité dans l'item, cochez la case NC)**

		Oui	Non	NSP	NC
17	L'insuline sert à faire monter la glycémie				
18	L'insuline rapide agit en quelques minutes				
19	Si ma glycémie est basse au moment de l'injection d'insuline lente, je ne fais pas l'injection ce jour				
20	Je dois me désinfecter la peau avant une injection d'insuline				
21	Avant de faire ma glycémie capillaire, je dois me laver les mains à l'eau et au savon				
22	En cas de vomissements importants, je ne dois pas faire mon insuline lente				

COMPLICATIONS

		Oui	Non	NSP
23	Tant que l'on a une bonne vue, il n'est pas nécessaire de consulter un ophtalmologue			
24	Le diabète est un facteur de risque cardiovasculaire			
25	Je dois examiner régulièrement mes pieds, même si je n'éprouve pas de douleur			
26	Un déséquilibre chronique du diabète peut être responsable de troubles de l'érection			
27	En cas d'hypoglycémie, la quantité de sucre à prendre pour un resucrage est de 3 carrés de sucre (ou équivalent)			
28	L'alcool facilite la survenue d'hypoglycémie			

ATTENTES EN TERME D'INFORMATIONS :

Aimeriez vous être plus informé sur le diabète? Oui Non

Si oui :

Dans quels domaines aimeriez vous être mieux informé (plusieurs réponses possibles) :

Mécanisme du diabète Diététique Gestion du traitement Complications du diabète Autres : _____

Par quels moyens (plusieurs réponses possibles) :

Livrets/flyers Consultations dédiées Ateliers de groupes Autres : _____

Si vous souhaitez recevoir les réponses à ce questionnaire, merci de bien vouloir laisser votre adresse mail :

Mail : _____

Un grand merci pour votre participation!

Annexe 2 : Revised Michigan DKT Scale

ID _____
Date _____

**Revised Michigan Diabetes Knowledge Scale
- True/False Version.**

Here are 20 statements about diabetes, some are true statements and some are false. Please read each statement and then indicate whether you think it is true or false by putting a circle round either TRUE or FALSE. If you do not know the answer please put a circle around DON'T KNOW.

1. The diabetes diet is a healthy diet for most people	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
2. Glycosylated haemoglobin (HbA1c) is a test that measures your average blood glucose level in the past week.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
3. A pound of chicken has more carbohydrate in it than a pound of potatoes.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
4. Orange juice has more fat in it than low fat milk.	TRUE / FALSE / DON'TKNOW
5. Urine testing and blood testing are both equally as good for testing the level of blood glucose.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
6. Unsweetened fruit juice raises blood glucose levels.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
7. A can of diet soft drink can be used for treating low blood glucose levels.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
8. Using olive oil in cooking can help lower the cholesterol in your blood.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
9. Exercising regularly can help reduce high blood pressure.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW
10. For a person in good control, exercising has no effect on blood sugar levels.	TRUE / FALSE / DON'T KNOW

P.T.O.

Revised Michigan Knowledge Questionnaire – True/False Version, C.E.Lloyd, 12.12.08

Annexe 3 : Marguerite des compétences



Connaissances sur le diabète des patients diabétiques de type 2 consultant en médecine générale à Paris.

Introduction : Le diabète est reconnu comme priorité de santé publique en raison de sa forte prévalence et ses complications potentielles. L'aspect éducatif de la prise en charge du patient occupe une place de plus en plus importante. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les connaissances quant à leur maladie de patients diabétiques de type 2 consultant en médecine générale à Paris. Elle étudie secondairement l'existence de lien entre niveau de connaissances et caractéristiques des patients.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative transversale basée sur un auto-questionnaire distribué par des médecins généralistes exerçant à Paris à leurs patients diabétiques de type 2.

Résultats : Au total, 87 questionnaires ont été recueillis sur une période de 9 mois entre août 2015 et avril 2016. Le taux moyen de réponses exactes était de 66%. Les problématiques les mieux connues étaient celles des règles hygiéno-diététiques et des antidiabétiques oraux. Les questions portant sur les complications, à l'exception du risque cardiovasculaire, apportaient des réponses plus hétérogènes. 78% des patients souhaitaient être plus informés à propos du diabète, principalement concernant les règles hygiéno-diététiques.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence, outre des connaissances générales d'un niveau correct, leur grande variabilité interindividuelle. Un autre élément intéressant est la forte proportion de patients souhaitant être mieux informés sur le diabète, constat encourageant pour la pratique de l'éducation thérapeutique au sens large, et confirmant l'importance du rôle du médecin généraliste dans le système de soin..

Mots clés : Médecine générale, Diabète de type 2, Education des patients, Connaissances

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**