

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 14 juin 2018 à Poitiers
par **M. Romain Dubreuil**

**Impact de l'éducation thérapeutique, au sein du
réseau ASALEE, sur la qualité de vie des patients
diabétiques de type 2.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Samy HADJADJ

Membres : Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle RAMBAULT-AMOROS



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

- A mon Président de jury, Monsieur le Professeur Samy HADJADJ.
Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie également de votre bienveillance à l'égard de mon travail.

- Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD et Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT.
Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Recevez mes sincères remerciements. Merci au Professeur MARECHAUD pour votre accueil au sein de votre service lors de mon internat.

- A Madame le Docteur Isabelle RAMBAULT-AMOROS.
Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail, malgré un emploi du temps déjà bien rempli.

- Aux infirmières du réseau ASALEE Mesdames Sarah BORDAS, Marie CAROF et Pascale BERNIER.
Merci de m'avoir aidé à réaliser les questionnaires auprès de vos patients. J'ai pu voir à quel point vous étiez passionnées par votre travail et la reconnaissance que vous porte vos patients.

- A Madame le Docteur Katia GAUTIER.
Merci de m'avoir aidé dans les premiers pas de mon travail de thèse, puis de m'avoir orienté vers le Docteur RAMBAULT-AMOROS. Je t'en suis vraiment reconnaissant.

- A ma famille.
Merci à mon épouse Charlotte de m'avoir soutenu et surtout aidé à la rédaction de ce travail.
Merci à mes parents, mon frère et ma sœur de m'avoir toujours soutenu dans mes études.
Merci à mon fils Raphaël, ton sourire me remplit de bonheur au quotidien.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION	6
2 GENERALITES	8
2-1 Le diabète : une épidémie mondiale	8
2-2 Le diabète type 2 : une maladie chronique avec prise en charge globale	9
2-3 Education thérapeutique du patient et diabète	10
2-4 Le réseau ASALEE	12
2-5 Qualité de vie et éducation thérapeutique	14
3 CONTEXTE	15
4 ETUDE	16
4-1 Population de l'étude	17
4-2 Résultats	20
4-2-1 Amélioration de la qualité de vie des patients	20
4-2-2 Attente des patients concernant l'éducation thérapeutique	25
4-2-3 Amélioration des différents critères de la qualité de vie des patients	27
4-2-4 Echanges patients-médecins sur l'éducation thérapeutique	29
4-2-5 Souhaits des patients concernant les séances d'ETP d'ASALEE	31
4-3 Limites de l'étude	32
5- CONCLUSION	33

ABREVIATIONS

ADO : Anti-Diabétique Oral

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

DHP : Duke Health Profile

ECG : ElectroCardioGramme

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FO : Fond d'Oeil

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDSP : Infirmier Délégué à la Santé Publique

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCVA : Risque Cardio-Vasculaire Absolu

TA : Tension Artérielle

Ttt : Traitement

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1- Introduction

Le diabète est une épidémie mondiale, qui touche plus de 3 millions de personnes en France (soit 4,7% de la population). Dans environ 92% des cas il s'agit d'un diabète de type 2. La prise en charge de ces patients est un enjeu de santé publique majeur. Le médecin généraliste est dans la plupart des cas au centre de la prise en charge et de la coordination des soins.

Depuis plusieurs années, les autorités de santé accordent une place croissante à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) des personnes diabétiques de type 2. Dans ce cadre, ce sont développés des réseaux de coordination interprofessionnelle afin d'améliorer la prise en charge de ces patients porteurs d'une maladie chronique.

L'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) propose l'intervention d'infirmiers spécialisés en éducation thérapeutique au sein de cabinets de médecins généralistes, dont le champ d'action s'étend aux pathologies chroniques comme le diabète de type 2.

Jusqu'ici différents travaux ont été réalisés montrant l'efficacité de l'ETP sur différents paramètres cliniques comme l'hémoglobine glyquée (HbA1c) ainsi que sur le suivi des complications liées au diabète.

S'agissant d'une maladie chronique qui vient affecter le patient dans sa vie personnelle, sociale voire professionnelle, l'impact que peut avoir la maladie sur leur qualité de vie, d'un point de vue biopsychosocial, est primordial au quotidien.

Ainsi, l'objectif de notre travail était de montrer que cette intervention éducative auprès des patients diabétiques de type 2 avait un impact positif sur l'amélioration de leur qualité de vie.

2- Généralités

2-1 Le diabète : une épidémie mondiale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé à 422 millions, le nombre de patients diabétiques dans le monde en 2016 (1). Le développement du diabète est favorisé par le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et la diminution de l'activité physique. Le diabète est ainsi souvent qualifié de pandémie.

A l'échelle nationale, plus de 3,3 millions de personnes en 2015 sont traitées contre le diabète (soit 5,0% de la population) selon l'Institut National de Veille Sanitaire (2). A cela, s'ajoute les patients suivis mais ne recevant pas de traitement et les patients non diagnostiqués.

En l'absence de prévention et de prise en charge, le diabète pourrait avoir des conséquences encore plus importantes dans les années à venir en termes de santé publique et de coût pour la société.

Les autorités publiques établissent régulièrement des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de cette pathologie. L'actualisation du référentiel de 2013 place le dépistage et la prévention au centre même de la prise en charge avec un rôle primordial du médecin traitant (3).

2-2 Diabète de type 2 : une maladie chronique avec prise en charge globale

Le diabète est défini par une élévation chronique de la glycémie (2 dosages $\geq 1,26$ g/l à jeûn, ou 1 dosage > 2 g/l avec un symptôme du diabète : polyurie, polydipsie, amaigrissement). Le diagnostic est ainsi porté la plupart du temps par le médecin traitant au cours d'un bilan biologique de routine ou dans le dépistage de facteur de risque cardio-vasculaire au sein de ses patients le nécessitant. Dans le suivi de la maladie, le médecin traitant a alors une place prépondérante aussi bien dans la thérapeutique que dans le suivi d'éventuelles complications (micro ou macro-angiopathiques).

La première étape de la prise en charge est la correction des règles hygiéno-diététiques : lutte contre la sédentarité et incitation à une activité physique régulière, amélioration de l'équilibre alimentaire et perte de poids. Tout cela permet d'améliorer l'équilibre glycémique des patients. Si cela demeure insuffisant, une thérapeutique médicamenteuse peut alors être initiée. Le médecin jugeant alors du meilleur traitement pour le patient en fonction de son âge, des autres pathologies associées et d'éventuelles interactions ou allergies médicamenteuses.

Ainsi, depuis plusieurs années, des programmes de santé publique, dont le Programme National de Nutrition et de Santé du Ministère de la Santé depuis 2001 appelé plus familièrement « Manger Bouger », informent le patient sur l'importance de son hygiène de vie afin d'en faire l'acteur principal de sa prise en charge (4).

2-3 Education thérapeutique du patient et diabète

L'éducation thérapeutique du patient est une prise en charge qui vise à faire connaître au patient sa maladie et à ce qui la comprend.

Ainsi, selon la définition de l'OMS de 1998, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (5). La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 ajoute même que « l'ETP fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient (5). Elle comprend des activités organisées conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

La loi HPST du 21 juillet 2009 établit la place prépondérante de l'ETP. Selon l'article L-1161-1, « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (6).

Ainsi, tout programme d'ETP doit prendre en compte deux dimensions :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins : soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, adapter le traitement, réaliser des gestes techniques et de soins, mettre en œuvre des modifications du mode de vie, prévenir des complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, impliquer l'entourage.

- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation : se connaître soi-même, avoir confiance en soi, savoir maîtriser ses émotions et gérer son stress, développer un raisonnement créatif et une réflexion critique, développer des compétences en matière de communication et relations interpersonnelles, prendre des décisions et résoudre des problèmes, se fixer des buts et faire des choix, s'observer, s'évaluer et se renforcer.

Le diabète, en tant que maladie chronique, ayant potentiellement des complications à court et à long terme, répond en tout point à la dimension « d'éducation » du patient à sa maladie.

Ainsi, concernant l'ETP chez le patient diabétique, la HAS a pour objectif « pour le patient de pouvoir citer et expliquer les signes de la maladie et ses complications, reconnaître les signes et symptômes d'hypo et d'hyperglycémie et y faire face, connaître le suivi clinique et paraclinique, connaître les bénéfices de l'activité physique, savoir en quoi consiste une alimentation équilibrée et arriver à la mettre en œuvre, réaliser une autosurveillance glycémique et pouvoir l'interpréter afin d'adapter son traitement et son alimentation, connaître son traitement et ses effets indésirables possibles, maîtriser la technique en cas de traitement injectable, mettre en place un sevrage tabagique » (7).

Des protocoles standardisés ont été établis définissant des objectifs lors de la prise en charge et du suivi du diabète selon le bilan initial effectué au début de la prise en charge éducative.

Il paraît donc nécessaire de proposer des séances d'ETP à tous les patients diabétiques de type 2, sous quelque forme que ce soit (par entretien téléphonique, au sein de réseaux hospitaliers ou en milieu libéral).

Devant le nombre croissant de patients diabétiques, pour lesquels une prise en charge s'avère nécessaire, il convient que le médecin traitant ne peut réaliser lui-même un suivi d'ETP pour chaque patient de façon optimale. C'est ainsi qu'est née l'idée de la délégation de tâches et de coopération interprofessionnelle.

Suite à la loi Bachelot 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), est née l'idée d'une coopération interprofessionnelle entre les différents acteurs de santé et la délégation de tâches avec transfert de compétence vers les infirmières (6).

Par ailleurs, il est généralement admis que l'ETP doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients pour être la plus efficace possible.

2-4 Le réseau ASALEE

Dans cette optique, l'association ASALEE a été créée dès 2004 dans le département des Deux-Sèvres, à l'initiative du Dr Jean Gautier et de l'Union Régionale des médecins Libéraux (URML) de Poitou-Charentes. Au départ, ASALEE était composée de 3 cabinets avec 12 Médecins Généralistes et 3 Infirmiers Délégués à la Santé Publique (IDSP). Il s'agissait initialement d'une expérimentation de travail en coopération entre médecins et infirmiers. Puis ASALEE a pu s'appuyer sur la loi Bachelot de 2009 pour la délégation de tâches auprès des IDSP (6).

L'objectif premier était le dépistage et le suivi des patients diabétiques de type 2, le dépistage des troubles cognitifs et le dépistage des cancers en renfort d'Arcande (centre de coordination du dépistage organisé des cancers dans le département des Deux-Sèvres). Puis s'est ajouté le dépistage des patients à risque cardio-vasculaire par le Risque Cardio-Vasculaire Absolu (RCVA). Ensuite, les IDSP ont pu dépister les patients porteurs de BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) et réaliser le sevrage tabagique. Et enfin, récemment, ASALEE permet également de dépister et prendre en charge l'obésité de l'enfant.

Ainsi, dans le cadre du suivi du patient diabétique de type 2, l'Agence Régionale de Santé (ARS) autorise les IDSP à prescrire des bilans biologiques, à prescrire et réaliser les ElectroCardioGrammes (ECG), à prescrire et réaliser un examen des pieds (avec test au monofilament) et à prescrire des substituts nicotiques.

En plus de ces consultations de dépistage et de suivi, des consultations d'ETP sont réalisées au sein des cabinets libéraux, après avoir obtenu le consentement éclairé pour chaque patient, privilégiant une prise en charge globale du patient de façon bio-psycho-sociale.

Depuis sa création, l'association ASALEE n'a eu cesse de croître en termes d'effectif et de régions concernées, pour être représentée aujourd'hui sur l'ensemble du territoire (84 départements) par près de 500 infirmiers et 1800 médecins.

Dans le cadre de la prise en charge du diabète de type 2, de nombreuses études ont pu mettre en évidence l'efficacité de ce dispositif en termes d'amélioration des résultats clinico-biologiques (HbA1c, poids, Tension Artérielle (TA)) et de suivi des complications (consultation cardiologique et réalisation d'un ECG, consultation ophtalmologique avec Fond d'Oeil (FO), examen régulier des pieds, HbA1c trimestrielle et microalbuminurie) (8).

Ainsi dans ce modèle, le patient est au centre des consultations. Il est écouté et accompagné dans la prise en charge de sa pathologie mais aussi et surtout dans la prévention et l'éducation à sa santé.

2-5 Qualité de vie et éducation thérapeutique

Selon Bruchon-Schweitzer (psychologue de la santé) en 2002, « la qualité de vie est un concept multidimensionnel regroupant la qualité de vie à la santé, le bien-être psychologique, les relations interpersonnelles et le bien-être matériel » (9). Il s'agit d'une évaluation subjective faite par soi-même. L'OMS la définit comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs et ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (10).

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, il s'agit d'une population spécifique pour laquelle il y a une vision globale de la personne. Il est recherché un processus personnel à chaque patient afin de tendre à une amélioration des critères de qualité de vie.

L'assimilation de connaissances par le patient sur sa maladie se fait en fonction de sa personnalité et de son projet de vie. Nous n'attendrons pas les mêmes résultats en matière de qualité de vie pour une patiente de 75 ans retraitée et vivant seule que pour un patient de 55 ans marié et exerçant une activité professionnelle.

L'ETP a ainsi un effet biopsychosocial

→ bio : amélioration de variables biomédicales et de la santé en général

→ psycho : amélioration de l'anxiété et de l'estime de soi

→ social : amélioration de la communication avec les autres

3- Contexte

Ainsi, dans ce contexte d'éducation du patient à sa pathologie chronique, de nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer quelles étaient les attentes des patients vis-à-vis de l'ETP.

L'étude ENTRED 2007-2010 (11), réalisée par des auto-questionnaires aux patients, a permis de mettre en évidence que chez les patients diabétiques de type 2, 80% se disent « bien » ou « très bien » informés sur leur diabète et que 76% souhaiteraient des informations supplémentaires (concernant l'alimentation et les complications possibles, mais aussi « comment bien vivre avec son diabète » pour 29% des patients). On note par ailleurs qu'un peu plus de la moitié des patients se renseignent eux-mêmes sur le diabète (livres, Internet, associations de patients).

On remarque également que la plupart des patients sont à la recherche d'informations concernant leur maladie et notamment d'un point de vue qualitatif.

Par ailleurs, 72% des patients ayant bénéficié de séances ou entretiens, qu'ils soient individuels ou collectifs, estiment que cela les a aidés à mieux vivre avec leur maladie tout à fait ou en partie. Et 69% d'entre eux voient avec confiance ou grande confiance leur avenir avec la maladie contre 27% avec inquiétude et 4% avec grande inquiétude.

Ainsi, on peut constater que pour le patient, outre les résultats cliniques et biologiques, la façon dont il vit avec sa maladie chronique au quotidien paraît être un enjeu majeur.

L'objectif de ce travail était de comprendre quel pouvait être l'impact de l'éducation thérapeutique au sein du réseau ASALEE sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2.

4- Etude

L'étude a été réalisée auprès de patients diabétiques de type 2 participant aux séances d'ETP du réseau ASALEE au sein de cabinets du Sud Deux-Sèvres (cabinets de Brioux-sur-Boutonne, Chef-Boutonne, Frontenay-Rohan-Rohan et Niort). Les questionnaires ont été réalisés soit avec les IDSP au cabinet médical en début de séance d'ETP, soit lors d'une séance d'activité physique en groupe organisée au sein du réseau.

Diverses échelles mesurant la qualité de vie des patients diabétiques ont été élaborées dans les pays anglosaxons (ADS, DIMS, DSQOLS, D-39, QSD-R, WED). On peut citer le questionnaire ADDQOL (Annexe 1) qui est un questionnaire spécifique aux patients diabétiques élaboré à partir d'une approche personnalisée. Le questionnaire DHP (Annexe 2) utilisé dans l'étude ENTRED 2007-2010 (11) comprenant trois dimensions (détresse psychologique, obstacle à l'activité et alimentation incontrôlée). Tous ces questionnaires posent un problème : chaque item a le même « poids » dans l'établissement du score et ce malgré la différence que peut percevoir le patient pour chacun de ces items dans la perception de sa propre qualité de vie.

Dans notre étude, un questionnaire leur a été proposé (Annexe 3) afin de mesurer la qualité de vie des patients avant d'intégrer le réseau d'ETP d'ASALEE et à l'heure actuelle. Cela à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10 (0 correspondant à une très mauvaise qualité de vie avec la maladie et 10 à une très bonne qualité de vie avec la maladie). Il s'agit d'une étude rétrospective, avec des patients diabétiques de type 2 ayant participé au minimum à deux séances d'ETP, afin d'avoir une valeur de départ et une valeur au moment de la réalisation du questionnaire. Par ailleurs, il leur a également été demandé quel était pour eux l'objectif premier de l'ETP, quels étaient les critères qui avaient été améliorés grâce aux séances d'ETP et s'ils avaient pu échanger avec leur médecin de l'impact de l'ETP sur leur qualité de vie.

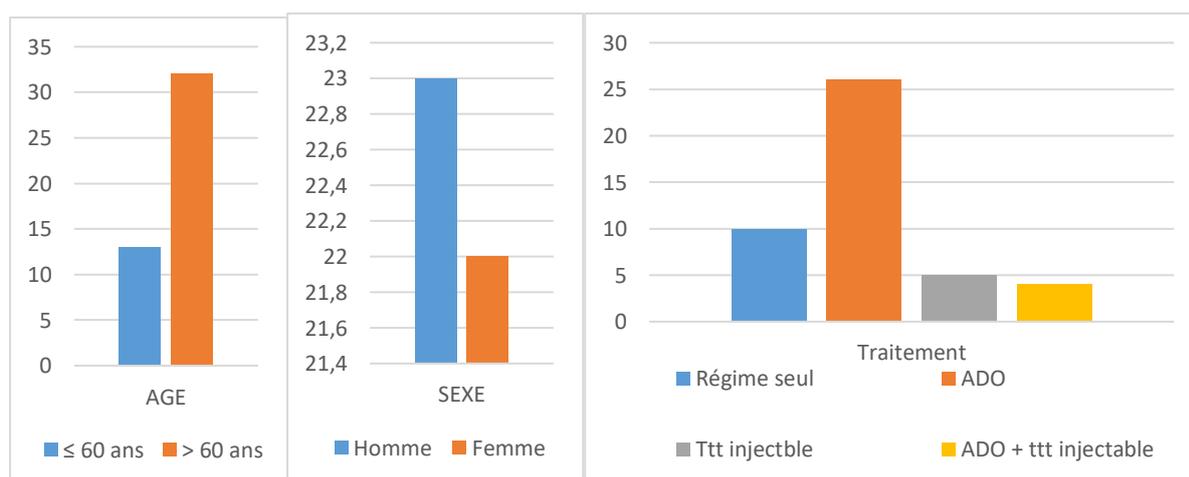
4-1 Population de l'étude

Les patients de l'étude sont issus de quatre cabinets du Sud Deux-Sèvres (Brioux-sur-Boutonne, Chef-Boutonne, Frontenay-Rohan-Rohan et Niort). Il s'agit donc d'une population plutôt rurale (Brioux-sur-Boutonne et Chef-Boutonne) ou semi-urbaine (Frontenay-Rohan-Rohan et Niort). Nous avons pu récolter 45 questionnaires entre novembre 2017 et février 2018 auprès de patients diabétiques de type 2 suivis par un médecin généraliste au sein d'un de ces quatre cabinets médicaux.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

		Effectif	%
Age (Age moyen = 62,44ans)	≤60 ans	13	28,9%
	>60 ans	32	71,1%
Sexe	Homme	23	51,1%
	Femme	22	49,9%
Traitement	Régime seul	10	22,22%
	ADO	26	57,78%
	Traitement injectable	5	11,11%
	ADO + traitement injectable	4	8,89%
Orientation à ASALEE	Par MT	44	97,78%
	Par autre professionnel de santé	1	2,22%

Le tableau 1 présente les caractéristiques des 45 patients analysés dans l'étude.



La moyenne d'âge des patients de la population est de 62 ans et 5 mois (IC95% = 60,87-64,01), allant de 37 ans à 81 ans. Ceci est comparable à ce qui a été retrouvé lors de l'étude ENTRED 2007-2010 au sein des patients diabétiques de type 2, où l'âge moyen de la population était de 66 ans (11). Notre population est donc représentative en matière d'âge par rapport à ce que l'on peut retrouver habituellement chez les patients diabétiques de type 2.

On peut également se comparer à l'étude DAWN2TM de décembre 2013 (12) qui a été réalisée dans 17 pays, dont la France avec 500 patients dont 420 de type 2, qui cherchait à évaluer la qualité de vie, l'impact émotionnel et le fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches. On constate alors que la population est comparable au niveau du sexe des patients (56% d'hommes contre 51,1% dans notre étude). Par contre, dans notre étude, la population est plus âgée (71,1% > 60 ans dans notre étude contre 48% dans l'étude DAWN2TM, 26,7% entre 40 et 60 ans et 2,8% < 40 ans contre respectivement 47% et 5%).

La population est composée à 51,1% d'hommes, ce qui est assez comparable aux différentes études portant sur les patients diabétiques de type 2, où l'on retrouve une population légèrement plus masculine.

L'ancienneté moyenne du diabète au moment de la réalisation du questionnaire est de 10 ans et 1 mois (IC95% = 6,65-13,63), soit à peine un an de moins que ce qui a été retrouvé lors de l'étude ENTRED 2007-2010 (11 ans d'ancienneté moyenne de diabète) (11). L'ancienneté du diabète allait de 2 mois pour les patients récemment découverts par leurs MG et adressés aux IDSP de leurs cabinets respectifs et jusque plus de 40 ans pour les diabétiques de longue date ayant intégrés le réseau ASALEE après plusieurs années d'évolution.

Par ailleurs, les patients de l'étude participent à l'ETP au sein du réseau ASALEE depuis 2 ans et 11 mois (IC95% = 2,1-3,8), allant de 2 mois pour les plus récents jusqu'à 11 ans pour les plus anciens. Tous les patients participaient au minimum à leur deuxième séance d'ETP au sein d'ASALEE, ce qui était un critère d'inclusion afin d'avoir une valeur avant la première séance d'ETP et une valeur au moment de la réalisation du questionnaire.

Dans notre étude, le traitement des patients est en majorité un traitement oral (57,78%). 22,22% suivent pour leur part un régime seul et 11,11% ont un traitement injectable. Enfin, une minorité des patients (8,89%) est sous traitement oral et injectable associés. Ceci diffère de l'étude ENTRED 2007-2010, où seuls les patients traités de façon orale ou injectable ont été pris en compte (80% sous ADO (Anti-Diabétiques Oraux) seuls, 10% en association ADO-insuline et 7% sous insuline) (11).

Par rapport à l'étude DAWN2TM, la proportion de patients sous régime seul est comparable (22,22% dans notre étude contre 23,8%), mais la proportion de patients sous insuline est plus faible dans notre étude (20% contre 35,7%) (12).

Enfin, nous constatons que la très grande majorité des patients (97,78%) a été adressée auprès des IDSP par leur médecin traitant. En effet, une seule patiente a été adressée au réseau ASALEE par un autre professionnel de santé (diabétologue exerçant au sein d'un centre de réadaptation). Ceci montre l'étroite collaboration qui se fait entre le MG et l'IDSP du cabinet où se pratique les séances d'ETP. Le médecin déléguant ainsi à l'infirmier la prise en charge éducative et l'infirmier laissant des notes dans les dossiers des patients afin que le médecin puisse les consulter.

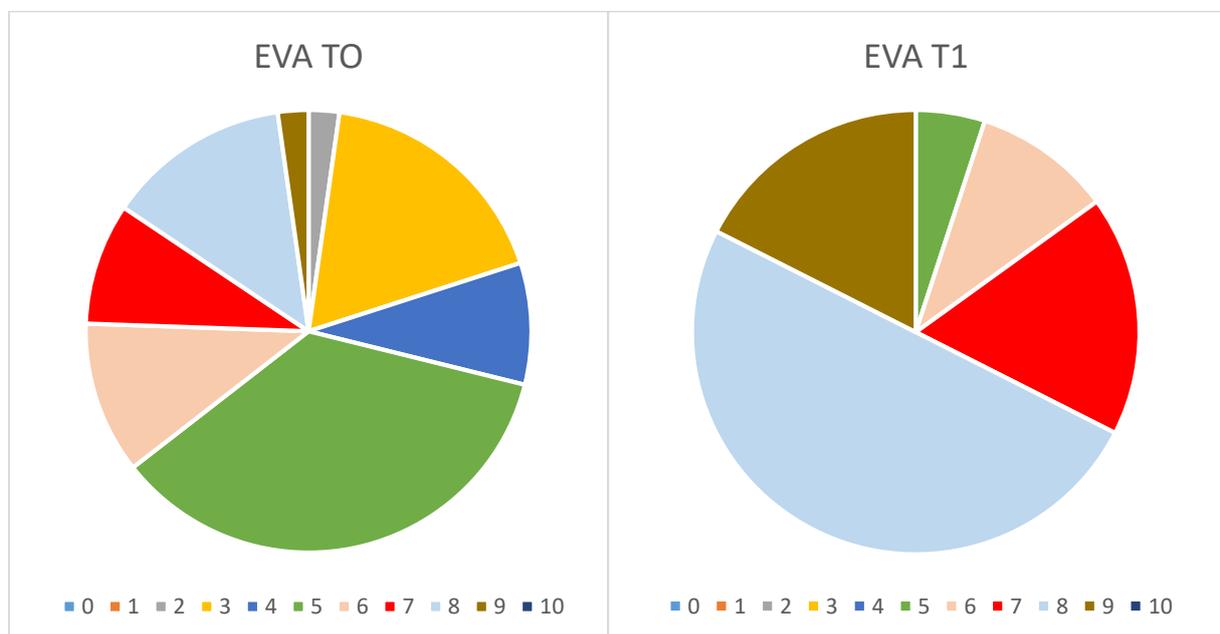
4-2 Résultats

4-2-1 Amélioration de la qualité de vie des patients

Tableau 2 : Evaluation de la qualité de vie avant l'ETP (T0) et au décours (T1)

EVA	T0		T1	
	Effectif	%	Effectif	%
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	1	2,22	0	0
3	8	17,78	0	0
4	4	8,89	0	0
5	16	35,56	2	4,44
6	5	11,11	4	8,89
7	4	8,89	7	15,56
8	6	13,33	20	44,44
9	1	2,22	7	15,56
10	0	0	5	11,11

Le tableau 2 présente l'évaluation de leur qualité de vie par les patients sous forme d'échelle EVA, avant leur première séance d'ETP et au moment de la réalisation du questionnaire.



Dans notre étude, nous pouvons remarquer que le score initial donné par les patients est de 5,27/10 (IC95% = 4,77-5,77). On note aussi que l'effectif le plus important de patients est pour une valeur de qualité de vie de 5/10.

Dans l'étude ENTRED 2007-2010 qui concernaient 2832 patients à l'échelle nationale, il a été utilisé l'échelle SF-12 (Annexe 4) qui est une échelle simplifiée d'évaluation de la qualité de vie permettant de calculer un score « mental » et un score « physique ». Le score « mental » était de 42,9/100 et le score « physique » de 40,9/100 (11).

Nous remarquons, qu'après une prise en charge en ETP au sein du réseau ASALEE, le niveau moyen de qualité de vie est estimé à 7,91 par les patients (IC95% = 7,55-8,27).

Tableau 3 : Evolution de la qualité de vie des patients

Evolution de l'EVA	Effectif	%
-1	1	2,22
0	6	13,33
1	3	6,67
2	10	22,22
3	12	26,67
4	6	13,33
5	5	11,11
6	2	4,44

Le tableau 3 représente l'évolution de la qualité de vie des patients entre leur prise en charge initiale en ETP et le moment où le questionnaire a été effectué.

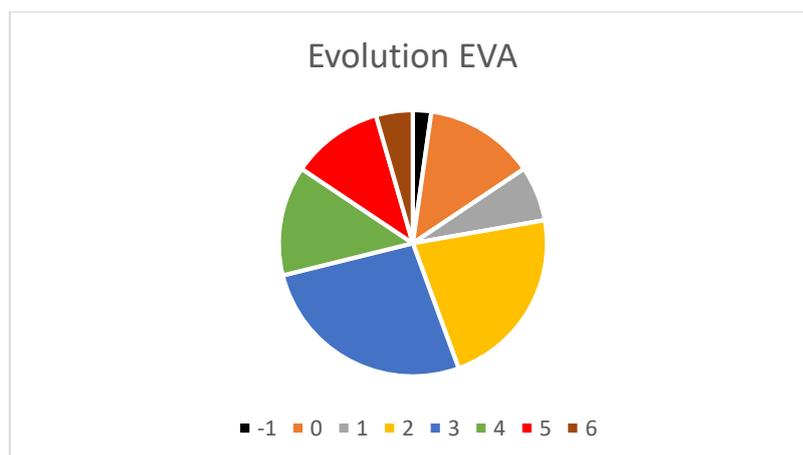


Tableau 4 : Evolution de la qualité de vie des patients selon l'âge

Evolution EVA	Effectifs ≤ 60 ans	Effectifs > 60 ans
-1	0	1
0	2	4
1	0	3
2	3	7
3	1	11
4	2	4
5	4	1
6	1	1

L'étude a pu mettre en évidence une amélioration de la qualité de vie, en moyenne de 2,64 points (IC 95% = 1,85-3,43), passant d'une valeur de 5,27 au départ de la prise en charge à une valeur de 7,91 au moment de la réalisation du questionnaire, chez les patients participant à l'ETP au sein du réseau ASALEE. Il y a donc une amélioration significative de la qualité de vie ressentie par les patients diabétiques de type 2 dans notre étude. Ceci conforte l'idée qu'outre une amélioration des valeurs biologiques comme l'HbA1c, ou cliniques comme le poids, l'ETP peut être efficace sur des critères plus subjectifs comme la qualité de vie.

On note que sur les 45 patients interrogés, un seul patient a noté sa qualité de vie moins bonne à l'heure actuelle qu'au départ de la prise en charge en ETP (-1 point) et 6 patients l'ont noté de façon égale.

Par ailleurs, dans le tableau 4, on remarque que l'évaluation de la qualité de vie avant le début de la prise en charge des patients interrogés est comparable quel que soit leur âge (5,37/10 pour les plus de 60 ans contre 5,38/10 pour les moins de 60 ans). Par contre le gain de qualité de vie est supérieur pour le groupe des moins de 60 ans (+3,31 points) par rapport au groupe des plus de 60 ans (+2,37).

Cela peut s'expliquer d'une part, par le fait qu'avec l'âge le nombre de comorbidités liés au diabète et l'association d'autres pathologies augmentent, ce qui va diminuer mais pas annuler l'effet de l'ETP sur les patients. D'autre part, les patients les plus jeunes sont les plus réceptifs à l'ETP et aux changements à mettre en place pour améliorer leur qualité de vie avec la maladie : instauration d'une activité physique régulière et modification de l'alimentation notamment.

On ne note pas de différence significative selon l'ancienneté de la prise en charge en ETP au sein du réseau ASALEE. En effet, dès les premiers mois on note une amélioration de la qualité de vie ressentie par les patients, avec par exemple un gain de 2,7 points en moyenne pour les patients pris en charge depuis moins d'un an. Cela met en évidence que l'efficacité de l'ETP est réelle dès le début de la prise en charge des patients. Effectivement les patients vont pouvoir modifier par eux-mêmes assez rapidement leurs habitudes de vie, notamment au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. Mais également sur la perception qu'ils peuvent se faire du diabète. Les patients ont souvent de fausses idées sur la maladie et ses complications : alors même qu'on vient de leur découvrir deux glycémies élevées, ils s'imaginent déjà sous insuline ou avec une amputation des orteils. Ainsi, le rôle d'éducation des IDSP est fondamental dès le départ de la prise en charge du patient. Cela reste vrai dans le temps en renforçant les acquis des patients et en les rendant plus autonomes (au niveau du traitement et du suivi notamment).

Tableau 5 : Evolution de la qualité de vie selon le traitement des patients

Evolution EVA	Patients avec régime seul	Patients avec ttt oral	Patients avec ttt injectable	Patients avec ttt oral + injectable
-1	0	1	0	0
0	2	3	0	1
1	2	1	0	0
2	1	8	0	1
3	2	7	1	2
4	2	3	1	0
5	0	3	2	0
6	1	0	1	0

Le tableau 5 représente l'évolution de la qualité de vie des patients selon le traitement qu'ils prennent.

On voit des tendances mais qui ne sont toutefois pas significatives en regard du faible échantillon pour les groupes des patients sous traitement injectable seul (5 patients) et celui des patients sous traitement oral et injectable associé (4 patients). Pour les patients suivant seulement un régime (+2,4 points en moyenne) et ceux sous traitement anti-diabétique oral (+2,46 points en moyenne) on ne note pas de différence notable. En revanche, on peut remarquer que pour le groupe de patients sous traitement injectable seul, le gain est relativement important (+4,6 points en moyenne) contrairement au groupe avec traitement oral et injectable associés (seulement +2 points en moyenne). Cela renforce l'idée que la prise en charge des patients en ETP est bénéfique en matière d'amélioration de qualité de vie dès le début de leur prise en charge, avant même qu'une thérapeutique ne soit initiée. Ainsi pour ces patients sans traitement, l'ETP va permettre de reculer la mise sous traitement et diminuer le risque de survenue de complications du diabète, permettant aux patients de garder une qualité de vie correcte. Cela reste vrai même après l'instauration des traitements oraux ou injectables. Pour les patients avec les traitements les plus lourds, le gain est plus faible (même s'il n'est pas nul)

4-2-2 Attente des patients concernant l'éducation thérapeutique

Les attentes des patients concernant l'ETP sont assez variées.

Tableau 6 : Attentes des patients concernant l'ETP

Objectif premier de l'ETP pour les patients	Effectif	%
Amélioration des valeurs biologiques	16	35,56
Amélioration des valeurs cliniques	11	24,44
Amélioration du suivi du diabète	9	20
Amélioration de la qualité de vie globale	6	13,33
Amélioration des connaissances de la maladie	3	6,67

Le tableau 6 représente les attentes initiales des patients concernant l'ETP dans le cadre du réseau ASALEE. Pour 35,56% d'entre eux l'objectif premier de leur prise en charge est l'amélioration de leurs valeurs biologiques (HbA1c, glycémie à jeûn, taux de cholestérol en particulier). Cela est souvent motivé par le médecin qui oriente le patient vers une amélioration de l'équilibre glycémique. Ce chiffre pouvant devenir une source d'inquiétude pour le patient.

Pour un quart des patients environ (24,44%), l'attente première de l'ETP est l'amélioration des valeurs cliniques (le poids principalement). Dans une population où nombreux sont en surpoids ou obèses, les patients comprennent bien que l'un des enjeux majeurs pour leur état de santé est la perte de poids : cela permettra d'agir sur leur valeur glycémique mais également sur leur aptitude à faire des efforts physiques au quotidien.

Puis suivent pour 20% des patients un meilleur suivi de leur diabète et 6,67% une amélioration de leurs connaissances sur la maladie.

Enfin, seulement 13,33% des patients évoquent l'amélioration de leur qualité de vie en objectif premier de la prise en charge en ETP.

On voit ainsi que les patients, sans doute influencés par le corps médical (leurs médecins généralistes notamment), sont en attente principalement d'amélioration de valeurs clinico-biologiques, et moins d'une amélioration plus globale de leur qualité de vie. Dans l'étude ENTRED 2007-2010, il avait été noté tout de même que 29% des patients interrogés souhaitaient avoir plus d'informations sur « comment bien vivre avec son diabète » (11), ce qui était moins que le souhait d'information sur l'alimentation (45%) et les complications du diabète (35%) mais tout de même plus que le souhait d'information sur l'Hba1c (13%) ou sur leur traitement (16%).

Il est à noter que dans notre étude, pour la très grande majorité des patients l'ETP a permis d'améliorer leur objectif premier concernant leur maladie (93,33%, seul un patient a répondu négativement). Ainsi, les séances individualisées d'éducation auprès des IDSP exerçant au sein des cabinets libéraux répondent dans la très grande majorité aux attentes premières des patients.

4-2-3 Amélioration des différents critères de la qualité de vie des patients

Si on a pu montrer une amélioration globale de la qualité de vie des patients par l'intervention de l'ETP des IDSP en milieu libéral. On note des différences notables selon les critères qui constituent la qualité de vie des patients.

Tableau 7 : Evaluation de différents critères de la qualité de vie des patients

Critères de qualité de vie	Effectif des patients améliorés	%
Alimentation	35	77,78
Anxiété	23	51,11
Activité physique	17	37,78
Observance du traitement	13	28,89
Relations avec les autres	4	8,89

Le tableau 7 représente le taux d'amélioration de différents critères de qualité de vie des patients. Pour la grande majorité des patients (77,78%) on retrouve une amélioration sur le plan de l'alimentation. Par l'ETP et des conseils simples et pratiques, les patients diabétiques arrivent à modifier leurs habitudes alimentaires sans que cela ne retentisse sur leur qualité de vie. Ceci est important, car comme le retrouvait l'étude ENTRED 2007-2010, 45% des patients diabétiques souhaitaient une information relative à l'alimentation (11). Ainsi, par leur diagnostic initial et des conseils adaptés à chaque patient, les IDSP au sein du réseau ASALEE, vont pouvoir faire en sorte que la majorité des patients arrivent à modifier de façon efficace leur alimentation permettant de tendre vers un meilleur équilibre glycémique.

Ensuite, on note que pour un peu plus de la moitié des patients (51,11%), il y a une amélioration de leur anxiété vis-à-vis de la maladie. Le diagnostic d'une maladie chronique comme le diabète est pour la plupart des patients source d'inquiétude à court, moyen, mais aussi long terme. Le fait de devoir modifier certaines habitudes du quotidien (alimentation, activité physique), de devoir prendre un traitement quotidien ou encore d'avoir un suivi médical régulier (avec des consultations régulières) génèrent beaucoup d'anxiété chez les patients. On se rend ainsi compte qu'une prise en charge individualisée des patients va permettre de les rassurer et faire en sorte qu'ils envisagent l'avenir avec plus de sérénité.

Concernant l'activité physique, 37,78% disent l'avoir améliorée. En effet pour beaucoup d'entre eux, il n'est pas évident de mettre en place de façon régulière une activité même modérée (quand pour certains ils n'en ont pas eu depuis des années). S'ils comprennent bien l'intérêt de cette activité, tant sur le plan pondéral que pour éviter des complications chroniques du diabète, il est difficile de l'instaurer au long terme. C'est pourquoi certaines IDSP au sein du réseau ASALEE ont mis en place, avec des éducateurs sportifs spécialisés, des séances collectives d'activité physique. Celles-ci sont conviviales : les patients se retrouvant en groupe se motivent entre eux et font des efforts sans même forcément y prêter attention.

Vis-à-vis de leur thérapeutique, une minorité de patients (28,89%) notent une amélioration de l'observance par rapport au début de la prise en charge en ETP. En effet, les patients ne parlent pas à chaque séance de leur traitement avec les IDSP, ils préfèrent souvent orienter les séances vers leurs changements concernant les habitudes alimentaires et l'activité physique.

Enfin, les relations avec les autres, qu'elles soient familiales ou professionnelles, sont assez peu modifiées par les séances d'ETP au sein du réseau ASALEE ; surtout que celles-ci sont individuelles et il n'est pas fréquent que l'entourage d'un patient y participe. Pourtant dans l'étude DAWN2TM, il avait été noté que le diabète avait un impact négatif chez 19% des patients dans leurs relations avec les autres ce qui pouvait constituer une menace concernant la vie relationnelle et de loisirs (12).

Mais dans notre étude, malgré le fait que l'ETP améliore chez peu de patients leurs relations avec les autres, ils ne sont que 13,33% à souhaiter la participation de leur entourage aux séances d'ETP afin d'améliorer leur qualité de vie globale.

4-2-4 Echanges patients-médecins sur l'éducation thérapeutique

Nous l'avons vu précédemment, la très grande majorité des patients (97,78%) est orientée par le MG aux IDSP du réseau ASALEE pour une prise en charge éducative.

Tableau 8 : Evaluation des échanges par les patients avec leur MG sur la prise en charge en ETP

Différents critères de prise en charge en ETP	Effectif des patients ayant échangé avec leur MG	%
Alimentation	14	31,11
Paramètres cliniques et biologiques	13	28,89
Activité physique	9	20
Connaissances sur la maladie	8	17,78
Qualité de vie	7	15,56
Aucun des éléments précédents	17	37,78

Le tableau 8 représente, selon les patients, les critères dont ils ont pu discuter avec leurs MG depuis le début de la prise en charge en ETP au sein du réseau ASALEE.

Ainsi on se rend compte que plus d'un tiers des patients (37,78%) dit n'avoir abordé, avec leur MG, aucun des paramètres (que sont l'alimentation, l'activité physique, leurs connaissances sur la maladie, ou bien les paramètres clinico-biologiques) depuis le début de leur prise en charge en ETP.

Parmi les paramètres qu'ont pu aborder les patients avec leurs MG, le plus fréquemment cité (31,11% des patients) est l'alimentation. Pour les médecins, la modification des habitudes alimentaires de leurs patients est un travail de longue haleine, qui demande de nombreuses consultations dont ils ne disposent pas toujours. On avait dit précédemment que pour les patients, la modification de leurs habitudes alimentaires était le critère qu'ils disaient avoir le plus amélioré. On note donc que la délégation de tâches auprès des IDSP, concernant l'alimentation, est recherchée par les médecins, et que celle-ci s'avère être très efficace.

Ensuite, 28,89% des patients disent avoir pu échanger avec leurs médecins concernant les paramètres clinico-biologiques (Hba1c et poids notamment). En effet c'est avec ces valeurs que le médecin va pouvoir juger du bon équilibre du diabète d son patient.

On note également que 20% des patients ont pu discuter de leur activité physique avec leurs médecins et 17,78% concernant leurs connaissances sur le diabète.

Enfin, seulement 15,56% des patients ont pu aborder leur qualité de vie, de façon globale avec leur médecin. Il est évident qu'il s'agit d'une notion très large, et que son évocation au sein d'une consultation médicale dans un temps réduit est difficile. Il paraît tout de même important de pouvoir prendre le temps de demander aux patients comment ils vivent de façon générale avec leur maladie.

4-2-5 Souhaits des patients concernant les séances d'ETP d'ASALEE

Tableau 9 : Apports aux séances individualisées d'ETP

Apports aux séances d'ETP	Effectif	%
Aucun apport aux séances	16	35,56
Séances avec d'autres professionnels de santé	13	28,89
Séances collectives	9	20
Proposition de support écrit en fin de séance	6	13,33
Séances avec l'entourage	6	13,33

Le tableau 9 représente les souhaits des patients concernant les séances individualisées d'ETP au sein du réseau ASALEE, afin d'améliorer encore l'impact sur leur qualité de vie.

On note que pour le plus grand nombre (35,56%), ils ne souhaitent pas d'apport aux séances individualisées au cabinet avec les IDSP.

Pour 28,89% des patients de l'étude le fait de faire intervenir d'autres professionnels de santé (diététicien et psychologue en particulier) dans leur prise en charge éducative permettrait d'améliorer encore leur qualité de vie.

Pour 20% des patients, des séances collectives comme il peut en exister en milieu hospitalier pourrait être une solution complémentaire à la prise en charge individualisée qui existe déjà.

Enfin, assez peu de patients (13,33%) jugent utile le fait de faire participer un membre de leur entourage aux séances d'ETP ou de remettre un support écrit en fin de séance.

4-3 Limites de l'étude

Tout d'abord, il peut exister un biais de sélection compte-tenu de la population étudiée : patients issus de quatre cabinets du Sud Deux-Sèvres en zone rurale ou péri-urbaine. De plus, les patients ayant répondu au questionnaire sont plus sensibles à la question de l'ETP et de leur qualité de vie, contrairement aux patients qui n'ont pas souhaité y répondre. Toutefois assez peu de patients n'ont pas souhaité répondre au questionnaire.

Cependant, on note que la population étudiée est comparable à celle d'études sur les patients diabétiques en termes d'âge et de sexe (étude ENTRED 2007-2010 notamment (11)). Au niveau du traitement des patients, il y a une surreprésentation des patients sous régime seul. Cela s'explique par le fait que les MG orientent leurs patients dès le diagnostic de diabète posé, avant même d'avoir initié une thérapeutique.

Ensuite la puissance de l'étude est relativement faible compte-tenu de l'effectif de la population de l'étude (45 patients ayant répondu au questionnaire). Mais malgré un nombre limité de patients étudiés, notre travail a permis de mettre en évidence une amélioration significative de la qualité de vie des patients au sein du réseau ASALEE.

Le questionnaire de l'étude également est sujet à des biais, notamment par le fait qu'il n'est pas standardisé et donc non comparable à d'autres travaux utilisant des échelles de qualité de vie (comme SF-36, SF-12 (Annexe 4) notamment).

Aussi, le fait d'avoir réalisé un questionnaire en demandant aux patients d'évaluer leur qualité de vie avant le début de la prise en charge en ETP (pour certains patients cela fait plusieurs années) constitue un biais de remémoration : les patients pouvant juger de façon différente a posteriori qu'au moment du début de la prise en charge. Cependant cela a permis de pouvoir faire l'étude auprès de patients inclus dans le réseau ASALEE depuis de nombreuses années (le patient le plus « ancien » participe aux séances d'ETP depuis 11ans).

5- Conclusion

Cette étude a pu mettre en évidence l'impact positif de l'ETP réalisée par les IDSP au sein du réseau ASALEE sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2.

En effet, nous avons constaté en moyenne une hausse de 2,64 points de l'évaluation de la qualité de vie, sous forme d'EVA, par les patients entre le début de leur prise en charge et le moment où le questionnaire a été réalisé.

Ce bénéfice est encore plus prégnant sur les patients de moins de 60 ans avec un gain de 3,31 points en moyenne.

On note également que cet impact existe même pour les patients inclus depuis peu de temps dans le réseau ASALEE, avec notamment un gain de 2,4 points en moyenne pour les patients suivis depuis moins d'un an. Cela prouve que l'ETP réalisée en milieu libéral est efficace de façon très rapide sur la qualité de vie des patients. Avec un diagnostic éducatif réalisé par les IDSP, des conseils simples et adaptés ainsi qu'un suivi réalisé selon les envies du patient, ASALEE permet de répondre à leurs attentes des patients en matière de qualité de vie. Cet impact perdure dans le temps avec une efficacité même pour les patients diabétiques depuis de nombreuses années.

De même, selon la nature des traitements des patients, on note un impact positif de l'ETP sur leur qualité de vie. Que les patients soient sous régime seul (+2,4 points), ADO seuls (+2,46 points), ADO et traitement injectable (+2 points), traitement injectable seul (+4,6 points), tous bénéficient d'un bénéfice sur leur qualité de vie. Cela montre que les IDSP vont adapter les séances d'ETP en fonction du patient en face d'eux.

Par cette étude, on a également pu montrer que l'ETP au sein du réseau ASALEE est particulièrement efficace sur l'alimentation des patients (77,78% d'amélioration selon les patients) et également sur l'anxiété concernant la maladie (amélioration de 51,11%). Cela démontre encore que, par une écoute active du patient, une réassurance et des conseils simples et adaptés à chaque patient, les séances d'ETP réalisées en milieu libéral vont avoir un impact positif sur la façon de vivre des patients avec leur maladie au long cours.

Par contre, cette étude a révélé que les patients disent en grand nombre (37,78%) n'avoir rien abordé avec leur MG depuis qu'ils ont commencé le programme d'ETP. Cela est assez paradoxal, surtout que dans l'immense majorité ce sont ces mêmes médecins qui ont adressé les patients auprès des IDSP et que ceux-ci exercent au sein même des cabinets. Cela montre que pour être encore plus efficace en matière de qualité de vie, il est important que les MG échangent avec les IDSP concernant les patients pris en charge, mais également avec leurs patients afin de savoir ce qui a déjà été fait, si cela est efficace et ce qu'ils souhaiteraient encore améliorer.

Aussi lorsque l'on demande aux patients ce qui pourrait être fait en plus des séances individualisées, la plupart (35,56%) ne souhaitent rien ajouter. Et pour ceux jugeant utile un complément aux séances avec les IDSP, il ressort que de faire intervenir d'autres professionnels de santé pourrait être une aide à l'amélioration de leur qualité de vie globale. En effet faire intervenir un psychologue ou un diététicien par exemple, permettrait de cibler certains axes de la qualité de vie des patients (alimentation et anxiété notamment). On remarque que les notions d'alimentation et d'anxiété sont deux des marqueurs les plus importants pour les patients dans leur prise en charge éducative.

Enfin ce travail a permis de mettre en évidence l'impact positif sur la qualité de vie des patients que peut avoir l'ETP au sein du réseau ASALEE. La prise en charge éducative est primordiale chez les patients diabétiques de type 2, et ce même pour des patients diagnostiqués récemment et ne recevant pas encore de thérapeutique médicamenteuse.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire ADDQoL

1.	How satisfied are you with your current diabetes treatment?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
2.	How satisfied are you with the amount of time it takes to manage your diabetes?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
3.	How often do you find that you eat something you shouldn't rather than tell someone that you have diabetes?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
4.	How often do you worry about whether you will miss work?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
5.	How satisfied are you with the time it takes to determine your sugar level?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
6.	How satisfied are you with the time you spend exercising?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
7.	How often do you have a bad night's sleep because of diabetes?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
8.	How satisfied are you with your sex life?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
9.	How often do you feel diabetes limits your career?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
10.	How often do you have pain because of the treatment for your diabetes?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
11.	How satisfied are you with the burden your diabetes is placing on your family?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
12.	How often do you feel physically ill?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
13.	How often do you worry about whether you will pass out?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
14.	How satisfied are you with time spent getting checkups for your diabetes?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
15.	How satisfied are you with your knowledge about your diabetes?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied

Annexe 2 : Questionnaire DHP

FORM A: FOR SELF-ADMINISTRATION BY THE RESPONDENT (revised 4-2000)

DUKE HEALTH PROFILE (The DUKE)

Copyright © 1989-2017 by the Department of Community and Family Medicine,
Duke University Medical Center, Durham, N.C., U.S.A.

Date Today: _____ Name: _____ ID Number: _____
Date of Birth: _____ Female ___ Male ___

INSTRUCTIONS: Here are some questions about your health and feelings. Please read each question carefully and check (✓) your best answer. You should answer the questions in your own way. There are no right or wrong answers. (Please ignore the small scoring numbers next to each blank.)

	Yes, describes me exactly	Somewhat describes me	No, doesn't describe me at all
1. I like who I am	12	11	10
2. I am not an easy person to get along with	20	21	22
3. I am basically a healthy person	32	31	30
4. I give up too easily	40	41	42
5. I have difficulty concentrating	50	51	52
6. I am happy with my family relationships	62	61	60
7. I am comfortable being around people	72	71	70

TODAY would you have any physical trouble or difficulty:

	None	Some	A Lot
8. Walking up a flight of stairs	82	81	80
9. Running the length of a football field	92	91	90

DURING THE PAST WEEK: How much trouble have you had with:

	None	Some	A Lot
10. Sleeping	102	101	100
11. Hurting or aching in any part of your body	112	111	110
12. Getting tired easily	122	121	120
13. Feeling depressed or sad	132	131	130
14. Nervousness	142	141	140

DURING THE PAST WEEK: How often did you:

	None	Some	A Lot
15. Socialize with other people (talk or visit with friends or relatives)	150	151	152
16. Take part in social, religious, or recreation activities (meetings, church, movies, sports, parties)	160	161	162

DURING THE PAST WEEK: How often did you:

	None	1-4 Days	5-7 Days
17. Stay in your home, a nursing home, or hospital because of sickness, injury, or other health problem. .	172	171	170

MANUAL SCORING FOR THE DUKE HEALTH PROFILE

Copyright ©1994-2017 by the Department of Community and Family Medicine
Duke University Medical Center, Durham, N.C., U.S.A.

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	
8 =	_____	<u>PHYSICAL HEALTH SCORE</u>
9 =	_____	
10 =	_____	
11 =	_____	
12 =	_____	
Sum =	_____ x 10 =	

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	
1 =	_____	<u>MENTAL HEALTH SCORE</u>
4 =	_____	
5 =	_____	
13 =	_____	
14 =	_____	
Sum =	_____ x 10 =	

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	
2 =	_____	<u>SOCIAL HEALTH SCORE</u>
6 =	_____	
7 =	_____	
15 =	_____	
16 =	_____	
Sum =	_____ x 10 =	

<u>GENERAL HEALTH SCORE</u>		
Physical Health score =	_____	
Mental Health score =	_____	
Social Health score =	_____	
Sum =	_____ ÷ 3 =	

<u>PERCEIVED HEALTH SCORE</u>		
<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	
3 =	_____ x 50 =	

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	
1 =	_____	<u>SELF-ESTEEM SCORE</u>
2 =	_____	
4 =	_____	
6 =	_____	
7 =	_____	
Sum =	_____ x 10 =	

To calculate the scores in this column the raw scores must be revised as follows:
If 0, change to 2; if 2, change to 0; if 1, no change.

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	<u>Revised</u>	
2 =	_____	_____	<u>ANXIETY SCORE</u>
5 =	_____	_____	
7 =	_____	_____	
10 =	_____	_____	
12 =	_____	_____	
14 =	_____	_____	
Sum =	_____ x 8.333 =		

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	<u>Revised</u>	
4 =	_____	_____	<u>DEPRESSION SCORE</u>
5 =	_____	_____	
10 =	_____	_____	
12 =	_____	_____	
13 =	_____	_____	
Sum =	_____ x 10 =		

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	<u>Revised</u>	
4 =	_____	_____	<u>ANXIETY-DEPRESSION (DUKE-AD) SCORE</u>
5 =	_____	_____	
7 =	_____	_____	
10 =	_____	_____	
12 =	_____	_____	
13 =	_____	_____	
14 =	_____	_____	
Sum =	_____ x 7.143 =		

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	<u>Revised</u>	
11 =	_____ x 50 =	_____ x 50 =	

<u>Item</u>	<u>Raw Score*</u>	<u>Revised</u>	
17 =	_____ x 50 =	_____ x 50 =	

* Raw Score = last digit of the numeral adjacent to the blank checked by the respondent for each item. For example, if the second blank is checked for item 10 (blank numeral = 101), then the raw score is "1", because 1 is the last digit of 101.

Final Score is calculated from the raw scores as shown and entered into the box for each scale. For physical health, mental health, social health, general health, self-esteem, and perceived health, 100 indicates the best health status, and 0 indicates the worst health status. For anxiety, depression, anxiety-depression, pain, and disability, 100 indicates the worst health status and 0 indicates the best health status.

Missing Values: If one or more responses is missing within one of the eleven scales, a score cannot be calculated for that particular scale.

Annexe 3 : Questionnaire thèse : Amélioration de la qualité de vie chez les patients diabétiques de type 2 dans le cadre de l'éducation thérapeutique (réseau ASALEE).

L'éducation thérapeutique consiste en une ou plusieurs entrevues avec une infirmière de santé publique formée à l'éducation thérapeutique (appelée infirmière ASALEE), au sein des cabinets médicaux. Cela vise à améliorer la prise en charge des patients ayant un ou plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire, et ce par des conseils simples sur le mode de vie et l'alimentation entre autres.

- 1) Quel est votre âge ?
- 2) Quel est votre sexe ?
- 3) Depuis quand êtes-vous diabétique ?
- 4) Quel est votre traitement :
 - régime seul
 - antidiabétique oral
 - traitement injectable (insuline, analogue GLP1)
- 5) Qui vous a parlé d'éducation thérapeutique et du réseau ASALEE :
 - Médecin traitant
 - Membre de l'entourage (famille, ami...)
 - Infirmière libérale
 - Médecin spécialiste (diabétologue, cardiologue, néphrologue...)
 - Autre :
- 6) Depuis quand participez-vous aux séances d'éducation thérapeutique ?
- 7) Quel était, pour vous, l'objectif premier de l'éducation thérapeutique :
 - Améliorer votre qualité de vie
 - Améliorer votre taux de sucre, de cholestérol (valeurs biologiques)
 - Améliorer votre tension artérielle, poids (valeurs cliniques)

- Améliorer le suivi de votre diabète (consultations spécialisées, prise de sang)

- Améliorer vos connaissances sur le diabète

8) Pensez-vous que l'éducation thérapeutique a permis d'améliorer ce critère ?

9) Comment considérez-vous votre qualité de vie, avec le diabète, avant d'entrer dans le programme d'éducation thérapeutique ?

0----->10

Je vis très difficilement avec

Je vis très bien

10) Comment considérez-vous votre qualité de vie depuis que vous participez à l'éducation thérapeutique ?

0----->10

Je vis très difficilement avec

Je vis très bien

11) Quels critères ont été améliorés depuis que vous avez démarré le programme d'éducation thérapeutique :

-Anxiété concernant votre maladie

-Activité physique

-Alimentation

-Relations sociales, familiales et/ou professionnelles

-Observance de votre traitement

12) Depuis le début de l'éducation thérapeutique, qu'a abordé votre médecin traitant avec vous concernant le diabète :

-Qualité de vie (bien-être, relations sociales)

-Exercice physique

-Alimentation

-Connaissance de la maladie

-Paramètres cliniques et biologiques, suivi de la maladie

13) Qu'est ce qui, selon vous, pourrait être fait, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, pour améliorer votre qualité de vie avec le diabète :

-Séances collectives

-Séances avec d'autres professionnels de santé (podologue, diététicien, assistant social...)

-Participation de l'entourage aux séances d'éducation thérapeutique

-Remise d'un support écrit en fin de séance

Annexe 4 : Version française de l'échelle SF-12

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

Êtes-vous limité, en raison de votre état de santé actuel, pour effectuer des efforts physiques modérés ?

Oui, beaucoup limité Oui, un peu limité Pas du tout limité

Êtes-vous limité, en raison de votre état de santé actuel, pour monter plusieurs étages par l'escalier ?

Oui, beaucoup limité Oui, un peu limité Pas du tout limité

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous accompli moins de chose que vous auriez souhaité ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti calme et détendu ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu une énergie débordante ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous été triste et abattu ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence La plupart du temps De temps en temps Rarement Jamais

Version Française du questionnaire de qualité de vie SF-12

nous remercions CENBIOTECH pour leur aimable collaboration.

BIBLIOGRAPHIE :

1. OMS. Les chiffres du diabète dans le monde. Publié en 2016.
http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/WHD2016_Infographic_diabetes_fr.pdf?ua=1
2. INVS. Données épidémiologiques. Prévalence et incidence du diabète. Publié le 06/10/2009, dernière mise à jour le 15/11/2017.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
3. HAS. Recommandations de bonne pratique de janvier 2013. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
4. Programme National Nutrition Santé. [En ligne]
<http://www.mangerbouger.fr/PNNS/>
5. HAS. Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définition, finalité et organisation. Juin 2007. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
6. Legifrance.gouv.fr. Loi n°2008-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
7. HAS. Guide parcours de soins. Diabète de type 2 de l'adulte. Publié en avril 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

8. Thèse de Médecine Générale du 11 janvier 2016. Evaluation de l'efficacité du protocole ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques deux type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01262768/document>
9. Bruchon-Schweitzer Marilou, Boujut Émilie, Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles. Dunod, « Psycho Sup », 2014, 570 pages. ISBN : 9782100557103. URL : <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100557103.htm>
10. OMS. Glossaire de promotion de la santé. 1999
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=BCAF8C50ACF873FA2FA655095EB85D79?sequence=111
11. Inpes.santepubliquefrance.fr Rapport étude ENTRED 2007-2010.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
12. Etude DAWN2TM. Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches. S.-M. Consoll, Médecine des maladies métaboliques-Décembre 2013-Vol.7-SupII.1.
https://www.diabeteanalytics.fr/-/media/EMS/Conditions/Diabetes/Brands/DiabeteAnalytics/PDF/VP_D1.pdf

RESUME

Le diabète est une maladie chronique dont la prévalence augmente chaque année. L'Organisation Mondiale de la Santé estime à 422 millions le nombre de patients diabétiques dans le monde en 2016. En France plus de 3 millions de personnes sont diabétiques, dont la grande majorité de type 2.

Comme toute maladie chronique, le diabète de type 2 affecte la qualité de vie des patients. Des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), dont le réseau ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe), ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge des patients. L'objectif de ce travail était d'analyser l'impact de l'ETP réalisée en ambulatoire au sein du réseau ASALEE sur la qualité de vie des patients.

Cette étude rétrospective est réalisée par l'intermédiaire de questionnaires, évaluant sous forme d'échelle visuelle analogique la qualité de vie des patients. Les patients inclus sont diabétiques de type 2 et participent aux séances d'ETP dans le cadre du réseau ASALEE dans quatre cabinets du Sud Deux-Sèvres. Ces questionnaires ont été recueillis entre novembre 2017 et février 2018.

L'échantillon comprend 45 patients dont 51,1% d'hommes, avec un âge moyen de 62,44 ans. On note une augmentation significative de la qualité de vie des patients entre le début de leur prise en charge et le moment du questionnaire avec un gain en moyenne de 2,64 points (IC95% = 1,85-3,43) passant de 5,27/10 à 7,91/10. Ce bénéfice existe dès les premiers mois de prise en charge et il est plus important chez les patients les plus jeunes (+3,31 pour les moins de 60 ans).

Ce travail démontre un impact positif de l'ETP réalisée en milieu libéral dans le cadre du réseau ASALEE sur la qualité de vie globale des patients diabétiques de type 2. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, des études sur une plus grande population et utilisant des échelles standardisées pourraient être menées.

MOTS-CLES : DIABETE DE TYPE 2, EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT, ASALEE, QUALITE DE VIE.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

