

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

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

présenté et soutenu
publiquement

le 26, octobre, 2016 à Poitiers

par **Monsieur Bruno Payet**

Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Membres : Dr Pierrick ARCHAMBAULT

Directeurs de thèse : Sous la co-direction du Dr Marion ALBOUY-LLATY et du Dr Xavier FIGUEL

Liste des enseignants de médecine

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
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- 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
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- 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 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire

- 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
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- 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, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- 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

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres 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)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- 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)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Sommaire

Introduction	6
I. Matériels et Méthodes	9
1. Critères d'éligibilité	9
2. Source d'information et Stratégie de recherche	10
3. Recueil des données	11
II. Résultats	12
1. Sélection	12
2. Caractéristiques générales des études	13
3. Résultats des études	18
3.1 <i>Efficacité de l'ETP</i>	18
3.2 <i>Obstacles à la réalisation de l'ETP</i>	21
3.3 <i>Ressources</i>	21
III. Discussion	23
1. Efficacité de l'ETP	23
1.1 <i>Critères qualitatifs</i>	23
1.2 <i>Critères qualitatifs</i>	24
2. Obstacles	24
2.1 <i>Le temps</i>	24
2.2 <i>La Rémunération</i>	24
2.3 <i>Le manque de formation</i>	25
2.4 <i>La différence culturelle</i>	25
2.5 <i>Le remboursement des consultations</i>	25
3. Ressources identifiées	26
3.1 <i>La coordination des soins</i>	26
3.2 <i>La prise en charge pluridisciplinaire</i>	26
3.3 <i>L'organisation</i>	27
3.4 <i>La formation des professionnels</i>	28
3.5 <i>La clinique transculturelle</i>	28
3.6 <i>Le Financement</i>	28
4. Les limites de l'étude	29
4.1 <i>Méthodologie</i>	29
4.2 <i>Biais des différentes études</i>	30
5. Analyses et réflexions	31
5.1 <i>L'ETP en médecine générale</i>	31

<i>5.2 Organisation de l'ETP en ambulatoire</i>	32
<i>5.3 Formation des soignants</i>	32
<i>5.4 ETP et pluridisciplinarité</i>	33
<i>5.5 L'impact des différences culturelles</i>	33
Conclusion	34
Bibliographie	36
Glossaire	43
Annexe n°1	44
Annexe n°2	56
Résumé	64
Serment d'Hippocrate	65

Introduction

En France en 2013 ⁽²⁶⁾, plus de 3 millions de patients diabétiques sont traités, dont 90% de diabétiques de type 2, soit une prévalence évaluée à 4,7 pour 100 habitants. Les complications de cette pathologie entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité, ainsi qu'une dégradation de la qualité de vie. Même si l'ensemble du territoire français est concerné, certaines régions sont particulièrement touchées, notamment La Réunion avec une prévalence de 9,8% en 2013 ⁽²⁶⁾.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet la stabilisation ou l'amélioration de l'état de santé, le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie, l'acquisition de nouvelles compétences et de nouveaux comportements. Pour la société, elle permet la réduction des coûts de santé ⁽⁵³⁾. Depuis 2006, la Haute Autorité de la Santé (HAS) a intégré l'ETP dans la prise en charge du diabète de type 2 au même titre que les règles hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux. Elle a publié en 2007 des recommandations afin que cette pratique diffuse auprès des professionnels de santé ⁽²⁴⁾. Initialement développée en milieu hospitalier, la pratique de l'ETP s'est étendue à l'ambulatoire, par exemple dans le cadre de réseaux de santé.

L'ETP semble donc indispensable à la prise en charge du diabète dans le cadre du parcours de soins du patient, mais est-elle réellement intégrée à la pratique courante des médecins généralistes ? De nombreuses études ont cherché à évaluer l'implantation de l'ETP en ambulatoire et l'intérêt que lui portent les médecins généralistes ^(2,6,23,25,15,22,34,42,37,46,60,4,10,5,14,28,39,33). Afin d'avoir une vision fine de la place et du développement de l'ETP en médecine générale à ce jour, nous proposons une revue de la littérature.

L'objectif de ce travail était donc de décrire l'efficacité de l'ETP en ambulatoire, d'identifier les obstacles du côté du médecin généraliste à sa

réalisation chez les patients diabétiques de type 2 et de mettre en évidence les ressources existantes pour faciliter son intégration en médecine générale.

I. Méthodes

1. Critères d'éligibilité

Pour cette revue de la littérature, nous avons inclus :

- Les études expérimentales randomisées : elles présentent généralement le plus haut niveau de preuve et permettent d'analyser une action spécifique et d'en mesurer les conséquences.
- Les études observationnelles : elles permettent de constater les effets d'une pratique dans le temps et les obstacles à sa mise en œuvre ; soit simplement d'un point descriptif à un moment donné, soit de manière prospective en observant son effet sur une durée déterminée, soit de manière rétrospective ce qui permet de comparer par exemple deux pratiques et d'en constater les impacts. Ces trois méthodes n'abordant pas le sujet de la même manière, et n'apportant pas les mêmes réponses, il est intéressant de les inclure car cela permet d'avoir une vision plus large sur le sujet.
- Les études qualitatives à type d'entretiens semi-dirigés : bien que n'ayant pas un niveau de preuve élevé, elles témoignent du ressenti des médecins généralistes notamment sur les obstacles à la pratique de l'ETP.
- Les méta-analyses et les revues de la littérature : elles effectuent une synthèse sur les pratiques et leurs efficacités.
- Les dossiers thématiques qui apportent une réflexion sur la question traitée, sans pour autant évaluer l'ETP.

L'objectif de cette revue était de montrer l'efficacité de l'ETP en ambulatoire, d'identifier les obstacles à la réalisation de l'ETP chez le patient diabétique de type 2 et d'y proposer des solutions.

Le diabète de type 2 touchant préférentiellement les sujets de plus de 18 ans, la population de l'étude a été limitée à ce critère. Les études abordant « le diabète de type 2 et l'éducation thérapeutique » ou « l'éducation thérapeutique et

la médecine générale » ont été incluses. Les sujets abordant l'éducation thérapeutique que du point de vue du médecin généraliste, ou l'ETP réalisée en réseau, permettent d'avoir un regard sur les obstacles évoqués par les médecins généralistes mais aussi, à travers les réseaux, d'identifier des problèmes engageant le médecin généraliste.

La zone géographique couverte par cette revue comprend l'Europe (avec les départements ultra-marins pour la France), les Etats-Unis et le Canada. Economiquement et culturellement proches, les données sont comparables. Les articles réalisés en Europe (avec les départements d'outremer pour la France) et ceux réalisés aux Etats-Unis et au Canada ont donc été inclus. Ainsi il a pu être possible d'identifier des solutions à des obstacles à l'ETP en France qui n'étaient que partiellement étudiées.

La revue de cette littérature s'est limitée aux articles publiés du 01/01/2007 au 31/12/2015. D'après l'étude ENTRED de 2007, deux tiers des médecins généralistes envisagent de coordonner la démarche éducative de leurs patients diabétiques, mais ils sont limités pour un tiers d'entre eux par l'absence de structures éducatives ⁽²⁴⁾. En 2007 a été publiée la dernière méta-analyse sur l'ETP et le diabète ⁽⁴³⁾. En octobre 2015, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a publié un avis ⁽⁵⁶⁾ relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient. La date de fin d'inclusion des articles publiés (décembre 2015) été définie pour prendre en compte les études effectuées avant cet avis. Entre 2007 et 2015, un certain nombre d'études ont été réalisées pour définir les modalités permettant la réalisation de l'ETP en ambulatoire et d'en identifier les obstacles. Il est donc intéressant de faire une synthèse de cette période, pour proposer des solutions qui soit ont été mises en pratique au cours de cette période soit qui vont être mises en place au cours des prochaines années.

Nous avons exclu de l'étude :

- Les articles ne traitant que du diabète de type 1 ainsi que les populations pédiatriques car ces deux populations ont des problématiques spécifiques,
- Les articles abordant l'ETP uniquement sous le point de vue infirmier ou pharmaceutique, car ils ne correspondent pas à la population étudiée des médecins généralistes.
- Les articles évaluant l'efficacité de l'accompagnement téléphonique des patients par des soignants et les suivis par internet, qui ne correspondent pas à la pratique des médecins généralistes.
- Les articles réalisés au Japon, bien que proche économiquement de la zone géographique incluse, ce pays présente une différence culturelle non négligeable avec les autres pays inclus.
- Les articles réalisés en Amérique du Sud, au Mexique, en Asie et en Afrique, à cause de leurs différences socio-économiques qui pourraient engendrer une absence de validité externe.

2-Source d'information et Stratégie de recherche

Quatre moteurs de recherche ont été utilisés pour effectuer la recherche bibliographique : Sudoc, Pubmed, Science Direct et Dumas-Cnrs.

Pour le Suddoc, 106 Articles ont été recensés lors de la recherche avec pour mots clés « diabete mellitus » AND « patient education ».

Pour Pubmed, 1749 Articles ont été identifiés lors de la recherche avec pour algorithme de recherché: « Diabetes Mellitus » NOT « Diabetes Mellitus Type 1 » NOT «Diabetes, Gestational» AND«Patient Education» NOT «Cell Phones» NOT «Dentists» NOT «Nurses» AND «2007/01/01 : 2015/12/31» AND «Humans» AND «medline » AND «adult » NOT «insulin and «management» ou « Diabetes Mellitus» NOT «Diabetes Mellitus, Type 1» NOT «Diabetes, Gestational» AND «Patient Education as Topic» NOT «Cell Phones» NOT «Dentists» NOT «Nurses » ou « Diabetes Mellitus» NOT «Diabetes Mellitus Type 1» NOT «Diabetes, Gestational» AND «Patient Education as Topic » NOT «Cell Phones» NOT «Dentists »not «Nurses» NOT «child»» NOT «adolescent»

AND «general practitioners» AND «practitioners» OR «general practitioners »
AND «2007/01/01: 2015/12/31» AND «humans» AND « adult ».

Pour science direct, 2060 Articles ont été identifiés avec pour mots clés, « diabète » ET « éducation thérapeutique » ou « Diabetes Mellitus » AND « Patient Education » ou « éducation thérapeutique ».

Pour Dumas-cnrs, 20 articles ont été identifiés avec pour mots clés « éducation thérapeutique » ET « médecine générale ».

La première sélection a été réalisée après lecture des titres et résumés par le thésard. Puis chaque article a été relu et trié en fonction des différents critères d'éligibilité, pour être inclus ou exclus.

3-Recueil des données

Une fois les articles sélectionnés après une première lecture, ils ont été soumis à une deuxième analyse pour les classer selon leur niveau de preuve. Puis, pour chaque article, ont été répertoriés plusieurs éléments : le titre, l'auteur, l'année de publication, le pays de publication, l'objectif, les groupes étudiés, les critères de jugement, les biais, la manière dont l'ETP est réalisée et les résultats. Un tableau a été réalisé pour inclure ces éléments permettant une vue d'ensemble des articles sélectionnés, et ainsi optimiser l'extraction des données. Chaque étape a été effectuée par un seul et même lecteur. Chaque étape a été réalisée trois fois et chaque article a été relu trois fois.

Pour chaque article, ont d'abord été prélevés les éléments évaluant l'ETP en secteur hospitalier mais surtout en secteur ambulatoire. Les obstacles à l'ETP ont été recherchés et dénombrés parmi l'ensemble des articles sélectionnés. Puis, ont été identifiées les solutions proposées, qu'elles soient théoriques, ou mises en pratique. Chaque article a été analysé trois fois permettant d'extraire le maximum d'information. Pour chaque obstacle ou solution identifiés, ont été dénombrés le nombre d'articles l'abordant et retranscrits en pourcentage.

II Résultats

1-Sélection

Lors de la première sélection, 16 articles ont été retenus pour le sudoc, 31 pour pubmed, 36 pour science direct et 4 articles pour Dumas-cnrs. Ces 87 articles ont été lus entièrement puis analysés pour être triés. Après avoir appliqué les critères de sélection, 29 articles au total ont été exclus :

- Dix-sept car ils étaient hors-sujet : ils abordaient l'ETP mais n'apportaient pas d'éléments correspondant au sujet, soit en montrant un point de vue tourné exclusivement vers le secteur hospitalier, soit en exposant des éléments ne répondant pas à la question posée.
- Six ne rentraient pas dans la zone géographique définie.
- Quatre n'abordaient l'ETP que du point de vue du patient et donc ne permettaient pas d'identifier les obstacles du point de vue du médecin.
- Un abordait l'ETP du point de vue infirmier et donc ne répondait pas à notre question.
- Une a été réalisée en 2016 et donc ne rentrait pas dans les critères définis.

Une fois cette deuxième sélection réalisée, 58 articles ont été retenus. Cette sélection était *in fine* composée de :

- Sept études expérimentales,
- Une étude interventionnelle non randomisée
- Vingt études observationnelles dont 9 études prospectives, 8 études descriptives et 3 études rétrospectives,
- Onze études qualitatives,
- Huit rapports d'experts,
- Sept dossiers thématiques,
- Trois méta-analyses,
- Une revue de la littérature,

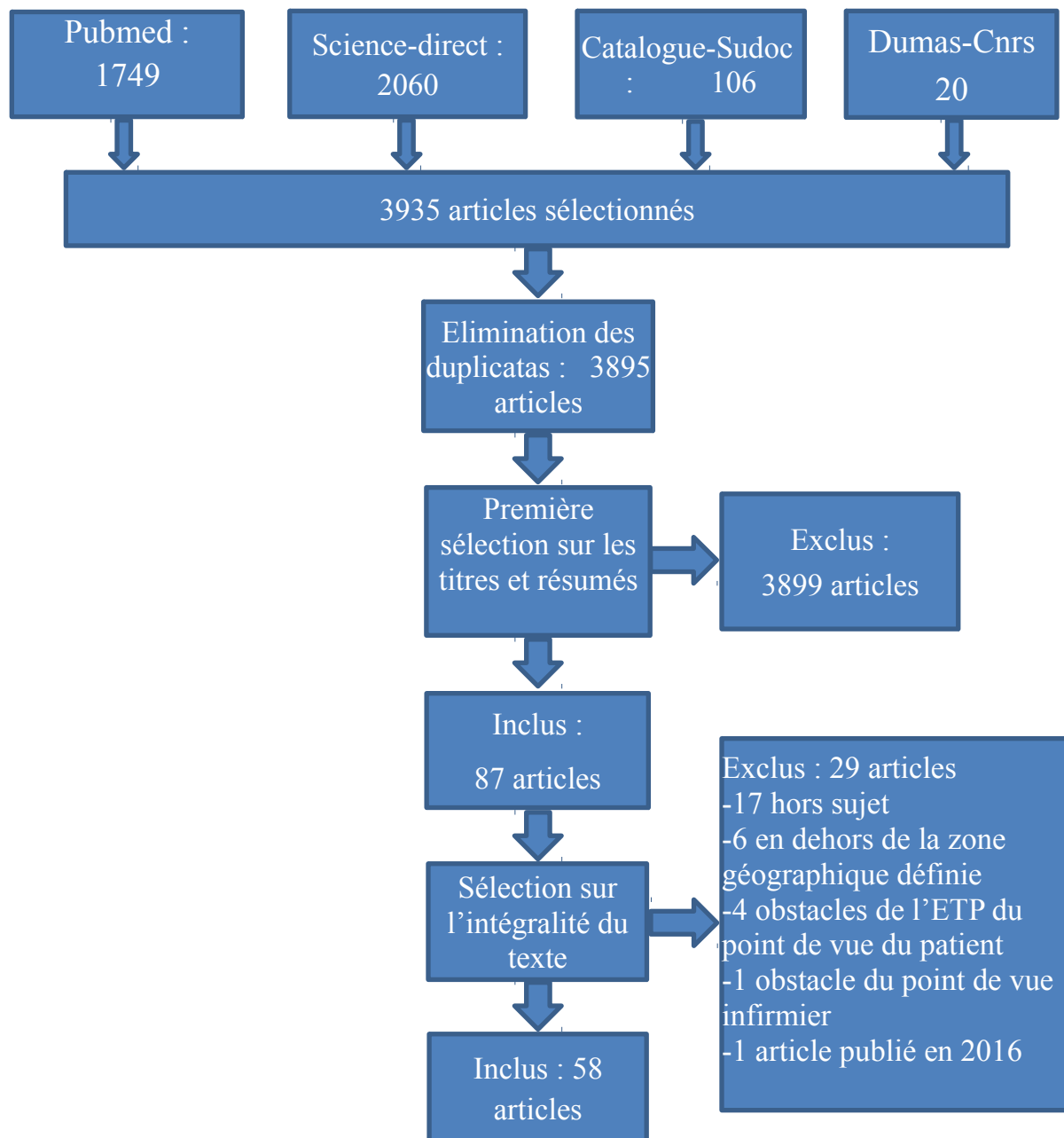


Figure N°1 : Diagramme de flux : Différentes étapes de la sélection des articles abordant l'ETP en médecine générale du 01/01/2007 au 12/12/2015

2- Caractéristiques générales des études

Sur 58 articles, 41% ont été publiés entre 2007 et 2010 et 59% entre 2011 et 2015. Concernant la zone géographique, 78% des études ont été publiées en France, 5% au Canada, 4% au Royaume-Uni, 4% au Danemark, 4% aux Etats-Unis, 1% en Norvège, 1% en Belgique, 1% en Allemagne, 1% en Suisse, 1% aux Pays-Bas. L'ETP dans le cadre du diabète de type 2 est abordée dans 82% des articles et seulement 18% des articles ne parlent que de l'ETP.

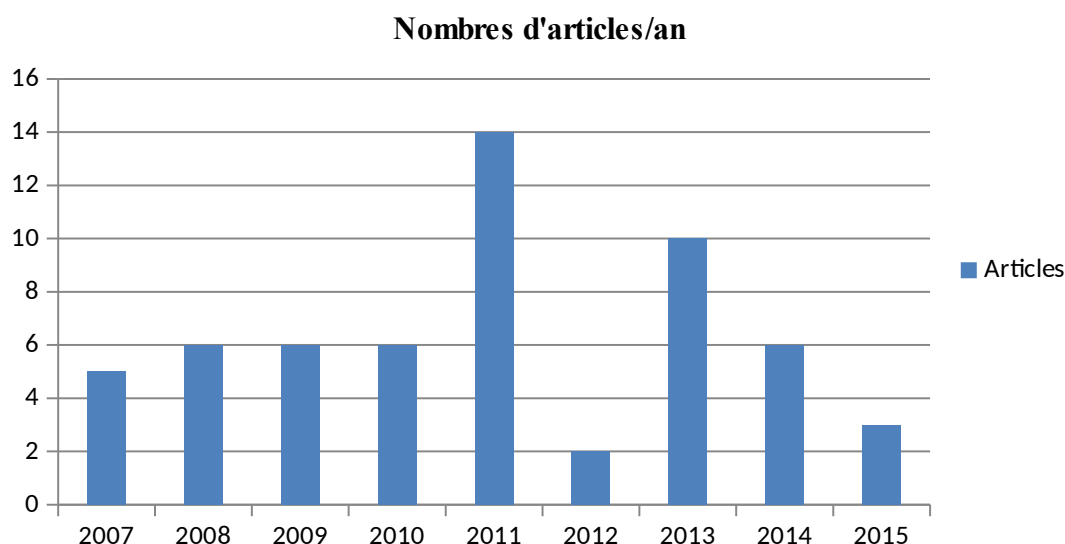


Figure n°2 : Répartition des 58 articles abordant l'ETP publiés entre 2007 et 2015 selon l'année de publication

Concernant les informations et les thèmes traités dans chaque étude, nous avons recensé :

- 38 % n'abordaient que la réalisation de l'ETP, les obstacles et les solutions.
- 33% évaluaient l'efficacité de l'ETP en ambulatoire ou en hospitalier sans aborder les obstacles.
- 17% traitaient de l'ETP en secteur hospitalier avec une ouverture vers l'ambulatoire.
- 7% abordaient à la fois l'ETP hospitalier et l'ETP en ambulatoire.
- 12% étaient des réflexions sur l'ETP.

Tableau N°1 : Caractéristiques générales des 58 articles sélectionnés (année, type, objectif, groupe étudié, critères de jugement) des études (voir annexe 1 pour la suite)

Articles/ Thèses	Année	Type	Objectifs de l'étude	Groupes étudiés	Critères de jugement
<u>Rygg LØ</u>	2011	Etude expérimentale randomisée, multicentrique	Evaluer l' efficacité de l'éducation thérapeutique chez les patients diabétiques de type 2	Patient diabétique de type 2 de plus de 18 ans	HbA1C satisfaction des patients
<u>Rubak S</u>	2011	Etude expérimentale, Randomisée, multicentrique	Evaluer l' impact des entretiens motivationnels pratiqués par le médecin généraliste sur les patients diabétiques de type 2 concernant leur adhérence au traitement	Patients diabétiques de type 2 susceptibles d'avoir des traitements intensifs âgés entre 40 et 69 ans	HbA1c Tension artérielle, bilan lipidique, nombre de prescriptions utilisées dans une pharmacie Activité physique Consommation de tabac
<u>Kulzer B</u>	2007	Etude expérimentale randomisée prospective	Etudier l' efficacité de l'ETP réalisée en groupe chez des patients diabétiques de type 2	Patients diabétiques de type 2 âgés entre 40 et 65 ans, sans insuline, IMC >26,7kg/m ² , sans pathologie psychiatrique, sachant lire et parler allemand	HbA1C, poids, Connaissances sur le diabète, Fréquence de l'auto-surveillance (et exercice physique)
<u>Adolfsson ET</u>	2007	Etude expérimentale Randomisée Multicentrique	Effet d'un programme d'ETP chez les patients diabétiques de type 2 sur les connaissances du patient, la qualité de vie, IMC, mode de vie	Patient diabétique de type 2	Connaissances par rapport au diabète, qualité de vie, IMC, contrôle glycémique
<u>Davies MJ,</u>	2007	Etude multicentrique, randomisée, contrôlée	Evaluer l' efficacité de l'ETP en groupe chez des patients diabétiques (récemment diagnostiqués), concernant les données biomédicales, le psychosociale et mesures prise concernant le mode de vie	Patient diabétique de type 2	HbA1c, tension artériel, poids, Bilan lipidique, tabac, activité physique, qualité de vie, croyance par rapport à la maladie, impact émotionnel par rapport au diabète à T0 et à 12 mois

<u>Kerssen A.</u>	2009	Étude randomisée contrôlée	Etudier la faisabilité de différents aspects de l'ETP chez des patients diabétiques de type 2, par rapport aux obstacles ou freins que présentent les organisateurs de l'ETP	Patients diabétiques de moins de 76ans, traités en médecine générale, HbA1c > ou = à 7,0%, sans sévères comorbidités, compréhension correcte du néerlandais, pas d'insulinothérapie	HbA1c (t0, t3, t6, t12) Faisabilité (1 à 5) Obstacles (1 à 5)
<u>Eminian S.</u>	2011	Étude transversale répétée	Evaluer l' impact du cours sur les connaissances et le savoir-faire dans la gestion du diabète du point de vue du patient et du médecin, sur le contrôle métabolique (HbA1c, bilan lipidique), analyser le score de cohérence (SOC-13) avant le cours et 3 mois après	Dossiers médicaux des patients ayant un diabète de type 2 de 51 à 67ans majoritairement des hommes. Volet rétrospectif : patients ayant déjà suivi le cours entre janvier 2003 et avril 2007. Volet prospectif : patients ayant suivi le cours entre mai 2007 et juin 2008	HbA1c Bilan lipidique Questionnaire SOC-13
<u>Patissier C</u>	2014	Etude expérimentale	Montrer qu'un médecin généraliste peut animer et coordonner des activités d'ETP après formation (obstacles et ressources existantes) Proposer une solution adaptée pour améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des patients diabétiques résidant dans les Pyrénées-Orientales	Patients diabétiques de type 2, Médecins	HbA1c, Connaissance des patients avant et après intervention,
<u>Cogneau J.</u>	2007	Étude transversale	Définir les obstacles à la réalisation de l'ETP chez les médecins. Décrire les facteurs liés au patient, au médecin et à leurs représentations de la maladie, intervenant dans les modalités de suivi du diabète de type 2, et pouvant expliquer les écarts entre les pratiques et le référentiel.	Typologie du service médical de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de la région Centre, constituée à partir des analyses, examens et consultations spécialisées imputables au suivi d'un diabète de type 2, présentés au remboursement entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 2000	Enquêtes par entretiens et par questionnaires auprès d'un échantillon de généralistes et de patients diabétiques.

3-Résultats des études

3.1 Efficacité de l'ETP

Dans 62% des articles sont traités à la fois les obstacles à l'ETP et son efficacité sur la santé des patients :

- 34% mesurent son impact sur des données **quantitatives** (HbA1c, poids, IMC, bilan lipidique, tension artérielle...).
- 23% sur des données **qualitatives** (gestion de la maladie, connaissances générales sur la maladie, qualité de vie, suivi du régime alimentaire...).
- 43% sur les deux.

La réalisation de l'ETP en médecine générale est développée dans 64% des articles :

- 33% évaluent ou mettent en place l'ETP dans des **structures ou réseau**.
- 31% sont sous forme d'entretiens avec les médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé lors de la **consultation**.

Tableau N°2 : Résultats principaux et biais des études (cf. annexe n°2 pour tous les résultats)

Article/ Thèses	Biais	Résultats
<u>Rygg LØ</u>	Biais de confusion	Absence de différence significative pour l'HbA1c entre les 2 populations, meilleures connaissances et gestion dans le groupe
<u>Rubak S.</u>	Biais de réalisation, de sélection, de recrutement	Absence de différences significatives entre les différents groupes
<u>Kulzer B.</u>	Biais de confusion Absence de groupe contrôle Durée de l'étude	HbA1c inchangé dans le groupe A Persistance d'une diminution de l'HbA1c dans le groupe B à 15 mois, Diminution de l'HbA1c dans le groupe C à 3 mois mais ne persiste pas à 15 mois Meilleure efficacité de l'ETP en groupe
<u>Adolfsson ET</u>	Temps de l'étude Biais de confusion	Meilleure connaissance du diabète et bonne gestion de la part du patient, amélioration de la prévention des complications secondaires liées au diabète. Glycémie inchangée
<u>Davies MJ.</u>	Biais de confusion	Effet positif sur la perte de poids, l'arrêt du tabac, croyances par rapport à la maladie, mais pas de différence concernant l'HbA1c
<u>Cogneau J.</u>	Biais de sélection	Problématique concernant le suivi du régime alimentaire et l'exercice physique, Selon les médecins : « non responsabilisation » du patient, le manque d'investissement, problèmes de communication... Connaissances insuffisantes du patient, Importance de l'ETP et de la coopération entre soignants
<u>Eminian S.</u>	Biais de sélection, étude non randomisée, biais de recrutement, de confusion	Réduire l'inertie thérapeutique, diminution de l'HbA1c, du LDL cholestérol Amélioration des connaissances dans les différents domaines de gestion du diabète
<u>Boegner C.</u>	Absence de groupe contrôle Biais de confusion. Durée de l'étude	Au bout de six mois amélioration des glycémies, et des autres paramètres. Meilleures connaissances sur le diabète. Coordination entre les soignants
<u>Nwasuruba C.</u>	Biais de sélection Biais de confusion	Différences significatives par rapport à l'ethnie concernant l'activité physique, examens des pieds, la vaccination contre le pneumocoque, Absence de différence significative pour la glycémie capillaire à domicile, autoexamen des pieds, fréquence de réalisation de l'HbA1c, du fond œil et de la vaccination antigrippale.
<u>Jannot S.</u>	Biais de sélection	ETP « co-construction » entre soigné et soignant. Objectifs : compétences d'auto-soins et d'adaptation. Obstacles en médecine générale : temps, formation spécifique et reconnaissance financière
<u>Patissier C.</u>	Biais de recrutement Reproductibilité	Formation : DU d'ETP à Montpellier mais ouvert qu'à ceux qui ont déjà eu une formation initiale au moins pratique. Formation sur 5 jours sur Toulouse Subventions : FIQCS, crédits SPP, FNPEIS. Autres aides

<u>Kerssen A.</u>	Biais de confusion Biais d'information, durée de l'étude	Concordance entre la faisabilité expérimentée par les patients et les obstacles décrits par les médecins. Amélioration des patients concernant leur autogestion et la surveillance glycémique
<u>Mosnier-Pudar H.</u>	Biais de confusion, de mémorisation, et de recrutement	ETP bien établie dans les hôpitaux français Manque de reconnaissance (financière...), moyen, de formation
<u>Vaillant G.</u>	Biais de recrutement Biais de sélection	Réductions des inégalités de soins entre milieu rural et milieu urbain. Complémentarité avec l'ETP existant en hospitalier. Implication de l'entourage
<u>Bachelet E.</u>	Biais de recrutement, de confusion, et de mémorisation	2/3 des participants sont satisfaits du programme d'éducation, surtout avec les méthodes interactives ou celles incitant une bonne dynamique de groupe.
<u>Laroussinie-Pagliuzza M.</u>	Biais de recrutement Biais de sélection	Adaptation de l'information, espace d'écoute du patient, choix d'objectifs réalisables, progressifs, hiérarchisés et espacés dans le temps. Responsabiliser le patient, accroître son autonomie. Ressources : spécialistes, l'entourage Solution idéale : consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'ETP Formation avec d'autres professionnels de santé
<u>Nicolas D.</u>	Biais de recrutement, de mémorisation, de confusion et d'information	Orientation vers le pôle de prévention et d'éducation du patient d'Amiens (problème de distance et relation avec le médecin traitant), rôle de la personnalité et de la psychologie du patient dans sa prise en charge et dans l'adhésion à l'ETP Moyens pour améliorer l'ETP en milieu rural : Formation et rémunération de la consultation.
<u>Dorland K. Liddy C.</u>	Biais de confusion, d'attrition Durée de l'étude	Absence de différence significative entre les deux méthodes
<u>Piper CN.</u>	Biais de mémorisation, Biais de confusion	Impact de l'ethnie, du statut socio-économique, et de la localisation géographique sur l'éducation thérapeutique concernant le diabète
<u>Esnault-Boutchou M.</u>	Biais de sélection Biais d'attrition Type d'étude	Baisse significative de l'HbA1C après trois mois d'éducation thérapeutique Baisse significative du poids mais pas de l'IMC Amélioration des connaissances, de l'autonomie
<u>Vileyn M.</u>	Biais d'information Biais de recrutement Biais de représentativité	Séances individuelles : meilleure écoute, prise en charge spécialisée. Séances collectives : partage d'expérience, stimulation positive Chronophage, charges administratives, formation, financement
<u>Balcou-Debussche M.</u>	Biais de sélection Biais de recrutement	ETP inclus dans la pratique des médecins et des infirmières Obstacles liés au patient : attitude passive, message non compris, peu de soutien de l'entourage. Obstacles décrits par le médecin : temps, manque de reconnaissance financière

3.2 Obstacles à l'ETP

Les obstacles à l'ETP sont abordés dans 67% des études :

- 38% évoquent le problème du **temps** à accorder à la réalisation de l'ETP et le problème de la **rémunération**.
- 33% signalent un manque de **formation** des médecins.
- 18% abordent la barrière de la **langue** et de la culture.
- 13% citent les **charges administratives** que l'ETP peut représenter

3.3 Ressources

Après recensement des solutions, il est constaté que :

- 70% évoquent la nécessité d'une bonne **coordination** des soins que ce soit hospitalier/ambulatoire ou entre les différents intervenants.
- Dans 10% des articles on retrouve la notion d'améliorer la **formation** des médecins à l'ETP.
- Dans 6% des articles l'idée de **consultation dédiée** à l'ETP est citée par plusieurs médecins généralistes.
- 7% abordent le problème du **financement** et proposent des solutions (rémunérations spécifiques, subventions).
- 3% mentionnent comme solution les **réseaux**.
- 3% développent et expérimentent l'idée de **clinique transculturelle**.

Tableau n°3 : Thèmes abordés dans les études (N= 58 études)

Eléments	Nombre d'études (%)
----------	---------------------

Lieu et mode d'évaluation de l'ETP	
Hôpital	10 (17)
Ambulatoire	19 (33)
Hôpital et ambulatoire	4 (7)
Entretien avec des médecins généralistes	18 (31)
Réflexion sur l'ETP	7 (12)
Critère de jugement de l'impact	
Données quantitatives (HbA1c, TA, poids...)	12(34)
Données qualitatives (Qualité de vie.)	8(23)
Les 2	15(43)
Evaluation d'une méthode d'ETP	21 (38)
Obstacles à l'ETP	
	39 (67)
Formation	13 (33)
Temps	15 (38)
Rémunération	15 (38)
Barrière culturelle (langue, croyances)	7 (18)
Charges administratives	5 (13)
Solutions	
	31 (53)
Coordination des soins / entre soignants	22 (70)
Formation médicale continue	3 (10)
Subvention	2 (7)
Consultations dédiées à L'ETP	3 (10)
Réseaux	2 (5)
Clinique Transculturelle	1 (3)

III Discussion

L'éducation thérapeutique est considérée comme une ressource considérable pour les patients souffrant de maladie chronique et notamment dans le cadre du diabète de type 2. Il s'agit d'un outil leur permettant une autogestion de leur pathologie et une meilleure observance. Analyser les différents articles abordant l'ETP dans le cadre du diabète de type 2, permettrait d'améliorer son organisation en ambulatoire.

1- Efficacité de l'ETP

Cette revue de la littérature a permis de recenser différents aspects concernant l'ETP. Dans un premier temps, l'efficacité de l'ETP a été évaluée.

1.1 Critères quantitatifs

En se basant sur des critères quantitatifs, peu d'études retrouvent une modification de l'HbA1c significative avant ou après ETP sauf si l'HbA1c de départ était très élevée⁽⁵⁴⁾, mais dans ce cas on constate une baisse quelle que soit l'intervention (médicamenteuse, diététique, ETP...). Certaines études montrent une diminution de l'HbA1c mais devant l'absence de groupe contrôle, ou n'étant pas randomisée, cela limite la portée de ces résultats^(6,22). Etant réalisées sur des durées courtes ces études ne donnent qu'une idée partielle de l'effet de l'ETP. Concernant le poids et le tour de taille on constate une amélioration grâce à l'ETP^(23,18). Le bilan lipidique (HDL, LDL, triglycérides) évolue favorablement avec l'ETP, avec diminution du LDL et des triglycérides⁽³⁴⁾.

1.2 Critères qualitatifs

Concernant les critères qualitatifs, une grande partie des études constatent avec l'ETP une amélioration des connaissances des patients^(2,6,23,25,15,22) et de l'autogestion de leur pathologie. Certaines études ont cherché à évaluer la

différence entre l'ETP en groupe ou individuelle⁽¹³⁾, mais il n'a pas été retrouvé de différences significatives.

Les études évaluant l'ETP chez le patient diabétique ont été réalisées pour la majorité en ambulatoire au sein de réseau ou d'un programme avec des médecins généralistes. L'ETP est donc possible en ambulatoire avec une organisation et présente des effets non négligeables même si elle est confrontée à des obstacles.

2- Obstacles

L'ETP en ambulatoire, réalisée par des médecins traitants, plus ou moins en coordination avec un service hospitalier est réalisable mais plusieurs obstacles ont été cités.

2.1 Le temps

Le temps et la rémunération sont les obstacles les plus cités par les médecins traitants. On constate en effet que les médecins généralistes signalent que le temps^(34,42,37,46,60,4,10,5,5,28,39,33) qu'ils peuvent consacrer à l'ETP est un problème, du fait de l'organisation actuelle des consultations. En effet, les médecins généralistes interrogés lors des études, font part de leur volonté de réaliser l'ETP mais citent leur difficulté à l'intégrer dans leur pratique. Plusieurs médecins disent effectuer de l'éducation pour la santé mais pour l'ETP, la durée de consultation reste à définir. La charge administrative que peut représenter l'ETP est aussi citée comme obstacle par un certain nombre de médecins^(4,14,57,28,33), et peut participer à l'aspect chronophage de l'ETP.

2.2 La rémunération

Souvent reliée au problème du temps, la reconnaissance financière de la pratique de l'ETP est abordée par les médecins, soit en tant que rémunération spécifique soit en tant qu'aides financières pour organiser et mettre en place un

programme d'ETP^(4,14). Ils estiment l'investissement que cela comporte n'est pas, à l'heure actuelle, suffisamment reconnu⁽³³⁾.

2.3 Le manque de formation

L'autre point essentiel qui ressort est le manque de formation^(34,42,37,46,60,4,10,5,14,28,39,33). La plupart des médecins généralistes évoquent un manque de formation soit initiale soit en formation continue. Ce manque fait obstacle à la réalisation d'une ETP de qualité. Une majorité de médecins pratique l'éducation pour la santé, sans pour autant avoir eu une formation initiale, ce qui les rend réceptif à l'introduction de l'ETP dans leur pratique. Concernant l'ETP dans le cadre du diabète, l'absence de formation et le manque de connaissance sont vécus comme un obstacle à sa réalisation^(34,60, 5,39).

2.4 La différence culturelle

Les croyances du patient, notamment culturelles, peuvent apparaître comme un obstacle à la réalisation de l'ETP^(46,27,14,27,48,28,55). Les habitudes alimentaires et le fatalisme de certains patients sont évoqués^(14,27). Face à certains événements culturels, par exemple le ramadan, on constate la nécessité d'adapter la prise en charge éducative et médicamenteuse pour obtenir une bonne adhérence du patient⁽²⁷⁾.

2.5 Le remboursement des consultations

Dans une moindre mesure, certains évoquent le problème du non remboursement des consultations de diététicienne et de podologie⁽³³⁾. En effet, l'absence de remboursement peut limiter le patient dans sa prise en charge et ainsi indirectement diminuer la qualité de l'ETP.

Au vu des différents obstacles évoqués, certains médecins ont émis des doutes quant à la place du médecin généraliste concernant l'ETP⁽²⁹⁾, mais la

majorité estime qu'il est nécessaire de déléguer certaines tâches pour être efficace.

3- Ressources identifiées

Après avoir constaté les obstacles du côté du médecin généraliste concernant l'ETP chez le patient diabétique de type 2, différentes ressources ont été abordées ou expérimentées.

3.1 La coordination des soins

L'un des éléments essentiels est la nécessité d'une coordination des soins avec un échange efficace entre les différents intervenants pour permettre une prise en charge optimale ^(17,34,42,59,3,37,60,4,10,5,13,14,29,28,8,30,44,39,6,33). Lors des entretiens avec les médecins généralistes, il a été évoqué qu'une mauvaise communication avec les différents intervenants pouvait être responsable d'une diminution de l'efficacité de l'ETP ⁽⁶⁰⁾. Cet échange est défini comme un outil permettant au médecin traitant d'être partie intégrante de la prise en charge du patient si celui-ci est suivi par un réseau. Une partie des médecins généralistes peut mal vivre l'adhésion de leur patient à un réseau d'autant plus si les seuls échanges qu'ils peuvent avoir sont des directives concernant le suivi et le traitement du patient et qu'il n'y a pas d'inclusion du médecin traitant dans cette prise en charge ^(17,5,14).

3.2 La prise en charge pluridisciplinaire

Lié à la communication entre professionnel, on retrouve la notion de délégation des tâches. En effet, plusieurs fois mentionnée, la prise en charge pluridisciplinaire est l'un des éléments essentiels pour une ETP optimale ^(60,10,28). Souvent cette pluridisciplinarité est déjà en place en secteur hospitalier, et pour les médecins interrogés, il est nécessaire que cela s'organise en ambulatoire ^(10,28,50). L'avantage d'une telle prise en charge est de permettre à chaque soignant aux compétences différentes mais complémentaires de prendre en charge le

patient sur tous les plans. Autre avantage, le fait de répéter plusieurs fois la même chose mais de manière différente est utile pour la compréhension des patients. Si cela se met en place il faut une bonne communication entre les différents intervenants.

3.3 L'organisation

Au niveau organisationnel, plusieurs solutions sont proposées. Soit une organisation en réseau comme il en existe déjà ^(29,33), et qui a été évaluée par différents études ^(34,3,4,9,319,1,7). Soit pour le médecin généraliste définir une consultation dédiée à l'ETP ^(37,14,19), avec une rémunération définie. Se pose le problème de la disponibilité des spécialistes et/ou des réseaux. En effet, dans certains milieux ruraux, on peut être confronté à ce problème. Une étude ⁽¹²⁾ propose une solution : une équipe mobile d'ETP. En effet, le but de cette étude était de rendre accessible l'ETP aux patients se trouvant dans des zones rurales. Après formation d'une équipe de médecins généralistes et grâce à divers financements, ils ont évalué l'efficacité d'une telle structure, et ils ont retrouvés des résultats semblables aux modèles standards. Il est aussi ressorti la nécessité d'une coordination avec le service hospitalier pour une bonne efficacité. Etant la seule étude abordant ce sujet, aucune conclusion ne peut être faite concernant la reproductibilité et la réelle efficacité d'une équipe mobile d'ETP. D'autres études sur le sujet sont nécessaires pour apporter une conclusion. Au-delà de la disponibilité des spécialistes et paramédicaux, se posent aussi la question du coût pour le patient. Certains paramédicaux ne sont pas remboursés dans le cadre du diabète, par exemple le diététicien et le podologue, alors qu'ils peuvent avoir un rôle dans l'ETP du patient. Le remboursement ⁽³²⁾ de ces consultations a été abordé par des médecins généralistes pour permettre une meilleure accessibilité au patient.

3.4 La formation des professionnels

La formation semble un point essentiel pour améliorer l'ETP en ambulatoire ^(14,33). Le rôle des paramédicaux (infirmière, diététicienne, podologue...) est évoqué, pour déléguer certaines tâches en rapport à leur compétence ⁽³³⁾, et ainsi permettre une prise en charge globale du patient. L'ETP étant chronophage, en déléguant certains aspects, cela permet au médecin traitant de se concentrer sur une partie de l'ETP et ainsi trouver un temps pour le réaliser. Etant donné la multiplication des intervenants, il faut qu'une communication de qualité s'installe entre les différents intervenants. La formation semble un point essentiel pour améliorer l'ETP en ambulatoire ^(49,14,33). En effet, le manque de formation, de compétence, est un obstacle qui revient souvent auprès des médecins généralistes. Localement des formations existent comme par exemple la formation proposée par l'IREPS Midi-Pyrénées ⁽⁴⁹⁾, l'IREPS de Poitou-Charentes concernant l'ETP, ainsi que le DIU d'éducation thérapeutique des universités de Poitiers et de Tours. Certains médecins ont évoqué comme solution la formation médicale continue (FMC) ⁽¹⁴⁾ pour acquérir les compétences à la gestion de l'ETP. La question se pose de la formation à l'ETP en formation initiale. A travers ce problème de formation, la notion d'une bonne coordination des soins ressort.

3.5 La clinique transculturelle

Comment faire en sorte que les spécificités culturelles du patient ne soit pas un obstacle à sa prise en charge ? La notion de clinique transculturelle ⁽¹¹⁾ a été évoquée et évaluée dans une étude. Dans cet article, il a été évoqué la notion de co-construction de la définition de la maladie avec le patient pour que celui s'approprie sa pathologie. De plus, en prenant en compte le bagage culturel du patient et en l'intégrant à sa prise en charge, l'observance et l'adhésion aux soins sont améliorées. Un seul article aborde cette notion de clinique transculturelle, il n'est donc pas possible de conclure sur leur pertinence. De plus, son impact sur l'ETP dans le cadre notamment du diabète n'a pas été évalué, en comparaison avec un groupe contrôle. Son efficacité n'est pour l'instant pas prouvée. En

revanche, il semble intéressant de prendre en compte cette notion de bagage culturel dans la prise en charge du patient, en ambulatoire pour que le patient définisse sa pathologie et se l'approprie pour permettre une meilleure observance et adhésion aux traitements.

3.6 Le Financement

Quels financements, quelles rémunérations pour ces consultations dédiées à l'ETP ? Comme il a pu être mentionné auparavant, la rémunération est une notion qui interpelle les médecins généralistes. Dans le cadre de la mise en place d'un réseau des subventions existent : Le FIR (fonds d'intervention régional). Dans le cadre d'une consultation dédiée à l'ETP, les médecins généralistes émettent l'idée de mettre en place une rémunération spécifique ^(37,14,33). Cette rémunération pourrait aussi s'appliquer pour les autres spécialistes pratiquant l'ETP (diabétologues...). Ce principe de rémunération spécifique est aussi perçu comme une reconnaissance du travail fourni et du temps alloué au patient.

4-Limites de l'étude

L'intérêt d'une revue de la littérature est d'effectuer une synthèse de tous les travaux effectués sur un problème défini. Les limites de la revue sont dues d'une part aux biais inhérents à la méthode mais aussi aux biais des différentes études composant la revue.

4.1 Méthodologie

Concernant les limites de cette étude, une seule personne a été assignée la réalisation de ce travail (recherche des articles, choix des articles, extractions des données). On peut s'interroger sur une perte d'information possible.

Cette revue se limite aux obstacles à l'ETP chez les médecins généralistes. Le fait d'exclure les patients de la démarche, ne permet d'avoir qu'une vision

partielle des obstacles à l'ETP. Il serait donc intéressant d'avoir la vision des patients pour pouvoir adapter la prise en charge en fonction.

4.2 Biais des différentes études

Pour chaque étude, des biais ont été identifiées (cf. annexe 2). Dans le cas des études observationnelles, prospectives ou expérimentales, des biais de sélections et de confusion ont été mis en évidence. Dans ces différentes études, des méthodes ont été mises en place pour réduire l'effet de ces biais. Certaines études incluses ne sont pas randomisées, ou ne possèdent pas de groupe témoin, diminuant ainsi la force de l'étude. Ces éléments ont été pris en compte lors de la collecte et l'analyse des données.

Les études réalisées par focus-group ou après interrogatoire des médecins généralistes présentent un biais de recrutement. En effet, les médecins ayant participé sont pour la plupart sensibilisés par l'ETP et donc il est normal de retrouver la notion que les médecins généralistes soient favorables à la pratique de l'ETP en ambulatoire. Ce résultat ne peut pas être généralisé étant donné qu'il ne correspond qu'à une partie des médecins généralistes. Certaines études^(59,11) évaluent des outils ayant pour objectifs d'améliorer la pratique de l'ETP, notamment en ambulatoire. Mais l'utilisation de ces méthodes n'ont pas été, au moment de la rédaction de cette revue et dans l'intervalle définie, réévaluées par d'autres articles. Il en est de même pour la notion de clinique transculturelle. Etant cité que dans un article, et ne possédant pas un niveau de preuve suffisant, aucune certitude quant à son efficacité ne peut être portée. Ces articles permettent donc de recenser ces méthodes et d'avoir une première évaluation mais étant donné qu'on ne dispose pas d'autres données pour conforter ou non ces résultats, on ne peut pas conclure.

Le but de cette revue de la littérature était d'identifier les obstacles à l'ETP du côté du médecin généraliste chez le patient diabétique et secondairement d'identifier des solutions. Le travail ici effectué avait pour but

de recenser ces éléments et non pas de les quantifier et par la même de donner à certains obstacles ou solutions une importance particulière. Il a été constaté effectivement que certains obstacles sont plus cités que d'autres, et même si cela a été quantifié dans la partie résultats, le but n'a pas été de mettre l'accent sur un obstacle mais de les identifier.

5-Analyses et réflexions

L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge du patient diabétique. Même s'il semble que les effets sur l'HbA1c soient minimes, on constate une appropriation du patient de sa pathologie. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de l'ETP sur la survenue des complications aiguës (hypoglycémie, acidocétose), des complications chroniques et des hospitalisations. L'ETP permet donc au patient d'intégrer les connaissances concernant sa pathologie, et de mieux comprendre sa prise en charge. L'accompagnement pluridisciplinaire permet une prise en charge globale du patient, d'autant plus s'il existe une coordination des soins et un échange entre les différents soignants efficace. Faisant partie intégrante du traitement du patient diabétique de type 2, l'intégrer dans sa prise en charge en ambulatoire semble essentiel. L'ETP a d'abord été développée en hospitalier et commence sa migration en ambulatoire.

5.1 L'ETP en médecine générale

Après avoir analysé ces différentes études, il ressort que les médecins généralistes, pour la plupart de ceux interrogés, estiment que l'ETP est utile au patient et ne s'opposent pas à l'intégrer dans leur pratique. Bien que la notion d'éducation du patient soit souvent pratiquée par les médecins, l'ETP reste marginale dans leur pratique. Plusieurs raisons sont évoquées dans ces études. Lorsque le patient est pris en charge par un réseau d'ETP, en ambulatoire ou en hospitalier, la communication avec le médecin traitant est essentielle. Or, il est signalé effectivement un défaut dans la communication interdisciplinaire. D'autre part il semble important que cette pluridisciplinarité s'installe en

ambulatoire, permettant au médecin généraliste d'allouer un temps à l'ETP pour son patient et d'installer une coordination des soins efficaces avec les autres soignants. Se pose le problème de la disponibilité des paramédicaux et des spécialistes notamment dans les zones rurales. Une équipe d'ETP mobile pourrait être une solution mais au vu du peu d'articles référencant cette pratique, on ne peut pas conclure sur sa pertinence. L'autre problème qui se pose est le non remboursement des consultations de certains paramédicaux (podologues, diététicienne...) qui peut être frein pour certains patients. Ne faut-il pas rembourser ces consultations dans le cadre du diabète ? Ou si ces paramédicaux rentrent dans le cadre d'une structure (ex : réseau) formé avec le médecin généraliste et d'autres soignants de rembourser cette prise en charge.

5.2 Organiser l'ETP en ambulatoire

Le problème du temps en médecine générale est aussi l'un des freins à une instauration pérenne de l'ETP en ambulatoire. En effet, l'organisation actuelle du temps de travail du médecin traitant, rend difficile l'inclusion de l'ETP dans la prise en charge du patient diabétique. Des solutions sont envisagées, la création d'une consultation dédiée à l'ETP avec une rémunération spécifique ou la mise en place de réseau pluridisciplinaire. Pour pallier à ce manque de temps, la délégation des tâches a été évoquée. En faisant intervenir d'autre profession, il est possible de sensibiliser le patient sur plusieurs aspects et de répartir dans les différentes consultations l'ETP. Faut-il revoir l'organisation des consultations pour dédier un temps à l'ETP ? Comment arriver à l'ETP en ambulatoire ? Le projet d'une maison de la santé publique, porté par le Pr Virginie Migeot, le docteur Marion Albouy-Llaty et l'Agence régionale de santé de la Nouvelle-Aquitaine, fait partie des outils qui sont misent en place pour répondre à cette problématique.

5.3 La formation des soignants

La formation à l'ETP est un point essentiel cité par un nombre non négligeable de médecin. Même si l'éducation pour la santé est une notion abordée et appliquée par les médecins généralistes, le manque de connaissance semble être un obstacle majeur. Des solutions existent et sont cités, la FMC, la formation initiale, l'autoformation, mais au vu de l'importance de l'ETP dans la prise en charge des patients diabétiques notamment, n'y a-t-il pas un intérêt à l'inclure dans la formation initiale des médecins pour permettre une meilleure intégration de l'ETP dans la pratique des futurs médecins généralistes.

5.4 ETP et pluridisciplinarité

La coordination des soins et la communication est un autre élément cité plusieurs fois, comme obstacle mais aussi et surtout comme solution à la mise en œuvre d'une ETP optimal. Il a pu être évoqué par les médecins traitants qu'une mauvaise communication avec un réseau réalisant de l'ETP est un obstacle à sa réalisation. N'ayant pas les informations, ou avec un délai trop long, ils ne peuvent efficacement prendre en charge leur patient et ne sentent alors pas inclus dans cette démarche. Ils signalent donc la nécessité d'un bon échange avec les structures réalisant l'ETP, dans les deux sens, permettent une meilleure prise en charge du patient. De plus, si une communication efficace existe, le médecin se définit comme un membre à part entière du réseau. L'ETP, concernant le patient diabétique, n'est concevable, pour les médecins généralistes, en ambulatoire, qu'à travers une prise en charge pluridisciplinaires et donc des échanges performants entre les différents soignants.

5.5 L'importance des différences culturelles

Dans une moindre mesure, la culture est aussi citée comme pouvant être un obstacle à l'ETP. En effet, la France étant un pays multiculturel, la perception de la maladie est différente selon les personnes. Dans les études, ce sont surtout les populations musulmanes d'origine d'Afrique du Nord qui ont été étudiées. La maladie est alors perçue comme une fatalité, certaines mesures thérapeutiques

peuvent être plus difficiles à mettre en place. L'exemple a été pris par rapport au ramadan ⁽²⁷⁾, où il ressort une nécessité d'accompagner le patient et d'adapter le traitement. Il est intéressant de se poser la question de la population ultramarine, qui du fait d'une culture propre, et d'habitudes alimentaires différentes, s'il ne faut pas aussi adapter la prise en charge en fonction. D'autant plus que cette population est l'une des plus touchée par le diabète.

IV Conclusion

L'éducation thérapeutique faisant partie intégrante de la prise en charge du patient diabétique de type 2, la développer en médecine générale fait partie d'une démarche pertinente. On constate à travers cette revue de la littérature que les médecins généralistes la considèrent comme utile voire essentielle, mais ils font face à certains obstacles à sa pratique.

Même si cette revue comporte des biais, elle permet de mettre en évidence les obstacles les plus cités par les médecins généralistes concernant l'ETP chez le patient diabétique de type 2 : le manque de formation, de temps, la rémunération, les barrières culturelles et la charge administrative. Limitant l'installation pérenne de l'ETP en médecine générale, identifier des outils permettant de pallier à ses obstacles est important.

La coordination des soins est une des solutions évoquées. En effet, une majorité de médecins généralistes considère qu'une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire pour avoir une ETP de qualité. La communication entre les différents intervenants est essentielle que ce soit à travers un réseau ou une équipe mobile d'ETP. Différentes formations existent concernant l'ETP et son introduction dans la formation initiale est une demande des médecins. Une réorganisation du temps de consultation avec une rémunération appropriée est une des solutions évoquées pour pallier le manque de temps. Des solutions, comme la clinique transculturelle, ont été abordées concernant les obstacles liés aux différences culturelles mais ce principe nécessite d'être réévalué pour prouver son efficacité.

Cette étude n'a abordé le problème que du point de vue du médecin. Il serait intéressant d'effectuer cette même synthèse du côté du patient et identifier ses attentes. Obstacles et solutions étant identifiées, l'évaluation de l'ETP, en l'adaptant en conséquence, en médecine générale, est nécessaire pour installer l'ETP, notamment dans le diabète de type 2, dans la pratique des médecins généralistes.

Bibliographie :

- 1 Adnane S. Education thérapeutique de proximité du patient diabétique dans l'Indre : expérience du réseau diabète Diapason 36 [Thèse d'exercice]. [France] : Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine ; 2013.
- 2 Adolfsson ET, Walker-Engström M-L, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes: a randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Res Clin Pract.* juin 2007;76(3):341-50.
- 3 Bachelet E. Evaluation pédagogique de formations à l'éducation du patient diabétique dans le cadre du réseau REDIAB : pratiques de binômes médecin généraliste-infirmière lors de séances collectives [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université du droit et de la santé ; 2009.
- 4 Balcou-Debussche M, Debussche X. Type 2 diabetes patient education in Reunion Island: Perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. *Diabetes & Metabolism.* sept 2008;34(4, Part 1):375-81.
- 5 Benguetaib-Selmaoui A. Evaluation des programmes d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques de type 2 en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2013 [cité 19 févr 2016]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/106/>
- 6 Boegner C, Fontbonne A, Gras Vidal M-F, Mouls P, Monnier L, Diab Educ association. Evaluation of a structured educational programme for type 2 diabetes patients seen in private practice. *Diabetes Metab.* Juin 2008;34(3):243-9.
- 7 Böhme P, Durain-Sieffert D, Fay R, Contal I, Floriot M, Chery B, et al. P89 Efficacité à court terme d'un réseau de ville centré sur l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 : comparaison avec un service hospitalo-universitaire. *Diabetes & Metabolism.* mars 2010;36, Supplement 1:A60.
- 8 Böhme P, Gendarme S, Collin J-F, Lerman A-S, Mattei P, Estève V, et al. P2033 Partage des tâches entre professionnels dans 4 parcours d'éducation thérapeutique pour diabétiques de type 2 : points de vue des soignants et des patients. *Diabetes & Metabolism.* 29 mars 2013 ; 39, Supplement 1 : A76.

- 9** Boulet M, Vermesse C. Prise en charge du diabète dans la région Nord de l'Île de la Réunion : résultats d'une enquête épidémiologique locale [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université du droit et de la santé; 2010.
- 10** Boust E. Éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2. Pratiques, besoins et perspectives des médecins généralistes de la région Dieppoise, dans le contexte de création d'une antenne locale de l'association MAREDIA [Internet]. [Cité 10 avr 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063035>
- 11** Bouznah S. Éducation thérapeutique du patient et clinique transculturelle. Médecine des Maladies Métaboliques. oct 2015;9(6):553-7.
- 12** Calop N, Debaty I, Ressel M, Gilbert C, Benhamou PY, Halimi S. PP12 Éducation thérapeutique des diabétiques de type 2 : utiliser l'explicitation des représentations propres à chaque patient pour adapter la pédagogie et l'évaluation. Diabetes & Metabolism. mars 2008;34, Supplement 3:H104.
- 13** Chambouleyron M, Saget Y. Le contexte des soins influence-t-il les pratiques d'éducation thérapeutique du patient ? Kinésithérapie, la Revue. août 2013;13(140-141):29-32.
- 14** Chevalier N, Dubus H, Galand-Portier MB, Meyer P. PP10 Intérêt de la personnalisation du projet d'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. Diabetes & Metabolism. mars 2008;34, Supplement 3:H104.
- 15** Chevalier N, Dubus H, Galand-Portier MB, Meyer P. PP10 Intérêt de la personnalisation du projet d'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. Diabetes & Metabolism. mars 2008;34, Supplement 3:H104.
- 16** Clark M. Diabetes self-management education: A review of published studies. Primary Care Diabetes. sept 2008;2(3):113-20.
- 17** Cogneau J, Lehr-Drylewicz A-M, Bachimont J, Letoumy A. Écarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2: Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. Presse Med. mai 2007;36(5 Pt 1):764-70.
- 18** Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. BMJ. 1 mars 2008 ; 336(7642):491-5.

- 19** Dely C, Pascal J, Barjonet L, Levasseur G, Lombrail P. Les représentations de patients adhérents à un réseau de santé : perspectives d'amélioration de leur prise en charge. *La Presse Médicale*. févr 2009;38(2):185-92.
- 20** Dorland K, Liddy C. A pragmatic comparison of two diabetes education programs in improving type 2 diabetes mellitus outcomes. *BMC Res Notes*. 2014 ; 7 : 186.
- 21** Elhadji Toumane C. Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 inclus dans un programme d'éducation [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine ; 2014.
- 22** Eminian S, Nguyen S, Gana K, Ruiz J. Quels sont les bénéfices d'un cours d'éducation au diabète, pour le patient et pour le médecin ? [Médecine des Maladies Métaboliques Volume 5, Issue 4](#), September 2011, Pages 431–435
- 23** Esnault-Boutchou M. Etude rétrospective d'ateliers d'éducation thérapeutique pour des patients diabétiques de type 2 à la maison du diabète et de la nutrition de Bordeaux [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2014.
- 24** Etude ENTRED 2007-2010 - rapport-entred.pdf [Internet]. [cité 11 août 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
- 25** Fan L, Sidani S. Effectiveness of Diabetes Self-management Education Intervention Elements: A Meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*. 2009;33(1):18-26.
- 26** 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. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/34-35/2015_34-35_1.html
- 27** Gaborit B, Dutour O, Ronsin O, Atlan C, Darmon P, Gharsalli R, et al. Ramadan fasting with diabetes: An interview study of inpatients' and general practitioners' attitudes in the South of France. *Diabetes & Metabolism*. nov 2011;37(5):395-402.
- 28** Gachet A. Représentations des médecins généralistes de l'éducation thérapeutique du patient : une étude qualitative menée auprès de 31 médecins généralistes de Savoie. 27 août 2013 ; 283.
- 29** Gaye T, Mergans M. Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif. Thèse IMG [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur : <http://theseimg.fr/1/node/262>

- 30** Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. *La Presse Médicale*. déc 2009;38(12):1774-9.
- 31** Grimaldi A. Éducation thérapeutique et autonomie du patient. *Médecine des Maladies Métaboliques*. *Médecine des Maladies Métaboliques*. sept 2013;7(4):297-8.
- 32** Grimaldi A. L'éducation thérapeutique en question. *La Revue de Médecine Interne*. août 2010;31(8):533-4.
- 33** Guengant A. Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 : étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région lorientaise. [Thèse d'exercice]. [France] : Université européenne de Bretagne ; 2013.
- 34** Jannot S. Prise en charge des patients diabétiques de type 2 par deux réseaux d'éducation thérapeutique en Lorraine : La Maison du Diabète d'Epinal et la Maison du Diabète et de la Nutrition Nancy 54 [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur : <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-15499?resultBackUrl>
- 35** Kerssen A, Goudswaard AN, Quartel M, Zuithoff NPA, Rut-ten GEHM. The feasibility of a self-management education program for patients with type 2 diabetes mellitus: Do the perceptions of patients and educators match? *Prim Care Diabetes*. mai 2009;3(2):79-83.
- 36** Kulzer B, Her-manns N, Reineck-er H, Haak T. Effects of self-management training in Type 2 diabetes: a randomized, prospective trial. *Diabet Med*. avr 2007;24(4):415-23
- 37** Laroussinie-Pagliuzza M. Education thérapeutique en médecine générale comment œuvrent les médecins avec leurs patients atteints de diabète ? : Étude descriptive qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes et du Var. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2010.
- 38** Legrand K, Gendarme S, Collin J-F, Estève V, Durain-Siefert D, Lerman A-S, et al. Parcours d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : analyse des collaborations et partage des tâches entre professionnels de santé. *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2014;8(1):66-72.
- 39** Meillet L, Combes J, Penfornis A. Prise en charge du diabète de type 2 : l'éducation thérapeutique. *La Presse Médicale*. mai 2013;42(5):880-5.

- 40** Molsted S, Tribler J, Poulsen PB, Snorgaard O. The effects and costs of a group-based education programme for self-management of patients with Type 2 diabetes. A community-based study. *Health Educ Res.* oct 2012;27(5):804-13.
- 41** Moreau A. Intérêts et limites de l'approche centrée sur le patient dans une démarche éducatrice vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale : approche phénoménologique exploratoire (étude DEADIEM) [Internet] [phdthesis]. Université Claude Bernard - Lyon I ; 2013 [cité 26 févr 2016]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01056294/document>
- 42** Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Reach G, Simon D, Halimi S. Information and therapeutic education of diabetic patients in French hospitals: The OBSIDIA survey. *Diabetes & Metabolism.* déc 2010;36(6, Part 1):491-8.
- 43** Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique du patient et diabète de type II que nous apprend la littérature ? *Médecine des Maladies Métaboliques.* sept 2007;1(3):80-7.
- 44** Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? *Médecine des Maladies Métaboliques.* févr 2012;6(1):66-71.
- 45** Moulin A, Elsass C, Bosment M, Colin MP, Berregad S, Neveur L, et al. P119 Suivi et éducation des patients diabétiques de type 2 dans un centre de santé : première démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. *Diabetes & Metabolism.* mars 2008;34, Supplement 3:H76.
- 46** Nicolas D. Regards croisés des patients et de leurs médecins généralistes quant à l'éducation thérapeutique dans le diabète de type 2 en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Picardie [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie ; 2011.
- 47** Nwasuruba C, Osuagwu C, Bae S, Singh KP, Egede LE. Racial differences in diabetes self-management and quality of care in Texas. *J Diabetes Complicat.* avr 2009;23(2):112-8.
- 48** Pareau Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale : Etude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nancy I. Faculté de médecine ; 2010.

- 49** Patissier C. Education thérapeutique des patients diabétiques en moyenne montagne par un médecin généraliste : modalités et mise en œuvre [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
- 50** Peccoux C, Baudrant M, Farre C, Halimi S. P73 Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé. *Diabetes & Metabolism*. mars 2012;38, Supplement 2:A48-9.
- 51** Piper CN, Polite-Middleton T, Chalakalal S, Sebastian N, Martin F. Race, socioeconomic status, and rurality influences on type 2 diabetes management among North Carolina adults. *Ethn Dis*. 2015 ; 25(1) : 46-51.
- 52** Reach G. Non-observance dans le diabète de type 2. *La Presse Médicale*. mai 2013;42(5):886-92.
- 53** Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Effect of « motivational interviewing » on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: a one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scand J Prim Health Care*. juin 2011;29(2):92-8.
- 54** Rygg LØ, Rise MB, Grønning K, Steinsbekk A. Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*. *Diabetes & Metabolism*. mars 2012;38, Supplement 2:A47-8.
- 55** Smaoui N, Böhme P, Collin JF, Du-rain-Siefert D, Gendarme S, Scheen A, et al. P69 Diabète et Ramadan : représentations et pratiques de santé des patients et des soignants et intérêts de l'éducation thérapeutique du patient. *Diabetes & Metabolism*. mars 2012;38, Supplement 2:A47-8.
- 56** Société Française de Santé Publique - Publications [Internet]. [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=91>
- 57** Sunaert P, Vandekerckhove M, Bastiaens H, Feyen L, Bussche PV, De Maeseneer J, et al. Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011; 12:94.

- 58** Tavares I. Représentations des concepts en éducation thérapeutique du patient chez des professionnels de soins. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. oct 2013;56, Supplement 1:e147.
- 59** Vaillant G, Amhis A, Denis A, Liron M, Perrot M-P, Servelle M. Éducation thérapeutique des patients en milieu rural : expérience de l'unité mobile du réseau de santé de Haute-Côte-d'Or : Therapeutic patient education in rural area : Experience from the educational mobile unit in Haute-Côte-d'Or. *Médecine des Maladies Métaboliques*. oct 2011;5(5):540-4.
- 60** Vileyn M. Organisation de l'éducation thérapeutique des patients au sein des maisons de santé pluridisciplinaire. 16 juin 2011;75.

Glossaire :

ARS : Agence Régionale de la Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de la Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

FMC : Formation Médicale Continue

IMC : Indice de Masse Corporelle

FIR : Fond d'Intervention Régionale

MDS : Maison de Santé Pluridisciplinaire

Annexe n°1 : Caractéristiques des études (année de publication, objectifs de l'étude, population étudiée et critère de jugement)

Articles/ Thèses	Année	Type	Objectifs de l'étude	Groupes étudiés	Critères de jugement
<u>Rygg LØ</u>	2011	Etude expérimentale randomisée, multicentrique	Evaluer l' efficacité de l'éducation thérapeutique chez les patients diabétiques de type 2	Patient diabétique de type 2 de plus de 18 ans	Mesure de l'HbA1C Comparaison des traitements, Evaluation de la satisfaction des patients
<u>Rubak S.</u>	2011	Etude expérimentale, Randomisée, multicentrique	Evaluer l' impact des entretiens motivationnelles, pratiquer par le médecin généraliste, sur les patients diabétiques de type 2 concernant leur adhérence au traitement	Patients diabétiques de type 2 susceptibles d'avoir des traitements intensifs âgés entre 40 et 69 ans	HbA1c Tension artérielle, bilan lipidique, nombre de prescriptions utilisées dans une pharmacie Questionnaire sur l'activité physique et le tabac
<u>Patissier C.</u>	2014	Etude expérimentale	Montrer qu'un médecin généraliste peut animer et coordonner des activités d'ETP après formation (obstacles et ressources existantes) Proposer une solution adaptée pour améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des patients diabétiques résidant dans les Pyrénées-Orientales	Patients diabétiques de type 2, Médecins	HbA1c Connaissance du patient avant et après intervention
<u>Kulzer B.</u>	2007	Etude expérimentale randomisée prospective	Etudier l' efficacité de l'ETP réalisée en groupe chez des patients diabétiques de type 2	Patient diabétique de type 2 âgés entre 40 et 65 ans, sans insuline, IMC >26.7kg/m2, sans pathologie psychiatrique, lire et parler allemand	HbA1C, poids, Connaissances sur le diabète, Fréquence de l'auto-surveillance (et exercice physique)
<u>Adolfsson ET</u>	2007	Etude expérimentale Randomisée	Effet d'un programme d'ETP	Patient diabétique de type 2	Connaissances par rapport au diabète, qualité de vie, IMC,

		Multicentrique	chez les patients diabétiques de type 2 sur les connaissances du patient, la qualité de vie, IMC, mode de vie		contrôle glycémique
<u>Davies MJ,</u>	2007	Etude multicentrique, randomisée, contrôlée	Evaluer l'efficacité de l'ETP en groupe chez des patients diabétiques (récemment diagnostiqués), concernant les données biomédicales, le psychosociale et mesures prise concernant le mode de vie	Patient diabétique de type 2	HbA1c, tension artériel, poids, Bilan lipidique, tabac, activité physique, qualité de vie, croyance par rapport à la maladie, impact émotionnel par rapport au diabète à T0 et à 12 mois
<u>Kerssen A,</u>	2009	Étude randomisée contrôlée	Etudier la faisabilité de différents aspects de l'ETP chez des patients diabétiques de type 2, par rapport aux obstacles ou freins que présentent les organisateurs de l'ETP	Patients diabétiques de moins de 76ans, traités en médecine générale, HbA1c > ou = à 7,0%, sans sévères comorbidités, compréhension correcte du néerlandais, pas d'insulinothérapie	HbA1c (t0, t3, t6, t12) Faisabilité (1 à 5) Obstacles (1 à 5)
<u>Cogneau J,</u>	2007	Étude transversale	Définir les obstacles à la réalisation de l'ETP chez les médecins. Décrire les facteurs liés au patient, au médecin et à leurs représentations de la maladie, intervenant dans les modalités de suivi du diabète de type 2, et pouvant expliquer les écarts entre les pratiques et le référentiel.	Typologie du service médical de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de la région Centre, constituée à partir des analyses, examens et consultations spécialisées imputables au suivi d'un diabète de type 2, présentés au remboursement entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 2000	Enquêtes par entretiens et par questionnaires auprès d'un échantillon de généralistes et de patients diabétiques.

<u>Eminian S.</u>	2011	Étude transversale répétée	Evaluer l' impact du cours sur les connaissances et le savoir-faire dans la gestion du diabète du point de vue du patient et du médecin, sur le contrôle métabolique (HbA1c, bilan lipidique), analyser le score de cohérence (SOC-13) avant le cours et 3 mois après	Dossiers médicaux des patients ayant un diabète de type 2 de 51 à 67ans majoritairement des hommes. Volet rétrospectif : patients ayant déjà suivi le cours entre janvier 2003 et avril 2007. Volet prospectif : patients ayant suivi le cours entre mai 2007 et juin 2008	HbA1c Bilan lipidique Questionnaire SOC-13
<u>Jannot S.</u>	2011	Étude prospective	Comparer les caractéristiques des patients diabétiques de type 2 suivis par la MDE et la MDN aux patients diabétiques de type 2 suivis par un service hospitalier régional, le service de diabétologie du CHU de Nancy ;	Patients diabétiques de type 2, dont le diabète a été découvert après 30 ans suivi soit par la MDE soit par la MDN soit par le CHU de Nancy	Caractéristiques des patients Bilan lipidique, ta, poids
<u>Mosnier-Pudar H.</u>	2010	Étude observationnelle, analytique, multicentrique	Connaitre l' organisation de l'ETP en France et identifier les barrières et les besoins	Patient diabétique de type 2	Entretien sur les professionnels de santé intervenant dans l'ETP Entretien avec des patients diabétiques
<u>Vaillant G.</u>	2011	Etude observationnelle Descriptive Mono-centrique	Description de l'expérience d'une unité mobile d'ETP pour des patients atteints de diabète de type 2	Patients résidant en Haute Côte d'Or, atteints de diabète de type 2, quels que soient leur âge, leur traitement, les complications et l'ancienneté de leur pathologie.	Le vécu et les représentations de la maladie, la définition et les causes du diabète, les objectifs glycémiques, les hypoglycémies, la mise en place d'une auto-surveillance glycémique.
<u>Boegner C.</u>	2008	Etude observationnelle, analytique, prospective, multicentrique	Evaluation d'un programme d'ETP chez les patients diabétiques de type 2 en médecine générale	Patient diabétique de type 2	Connaissance du patient concernant le diabète et ses complications et traitement (IMC, glycémie, entretient des pieds et exercice), qualité de vie, soutien de l'entourage.
<u>Bachelet E.</u>	2009	Etude prospective	Evaluation du fonctionnement réel des séances d'éducation	Patients diabétiques de type 2	Application par le binôme des méthodes et outils pédagogiques

			des patients et le rapport de ce qui a été prévu initialement lors de la formation des binômes formateur dans le cadre du réseau REBIA		enseignés Satisfaction des participants
<u>Laroussinie-Pagliuzza M.</u>	2010	Etude descriptive qualitative par focus groups	Décrire la pratique éducative des médecins généralistes auprès de leur patient diabétique (Hypothèse : existence de cette pratique mais intuitive et implicite)	Médecins généralistes des Alpes-Maritimes et du Var	
<u>Nicolas D.</u>	2011	Etude qualitative, entretiens semi-dirigés	Montrer les visions des patients diabétiques de type 2 et des médecins généralistes concernant l'ETP	Patient diabétique de type 2 Médecin généraliste	
<u>Dorland K., Liddy C.</u>	2014	Etude observationnelle rétrospective multicentrique	Evaluation de deux programmes d'ETP chez des patients diabétiques de type 2	Patients diabétiques de type 2	HbA1c, LDL, poids, tension artérielle (systolique et diastolique)
<u>Piper CN.</u>	2015	Etude retrospective	Evaluation de l'ethnie, la localisation rural ou urbaine et de ces effets sur ETP chez le diabétique de type 2 en Caroline du Nord	Patients diabétiques de type 2	Ethnie, sexe, revenu, Localisation géographique, consultation du médecin, santé, statut, et vécu de la maladie.
<u>Esnault-Boutchou M.</u>	2014	Etude rétrospective, non comparative	Objectif principal : montrer une baisse significative de l'HbA1c après 3 mois d'ETP Secondaire : évaluer l'évolution des données anthropométriques, des connaissances théoriques et pratiques, et de la qualité de	Patient diabétique de type 2 ayant bénéficié d'ateliers d'ETP à la Maison du diabète et de la nutrition de Bordeaux Agés d'au moins 18 ans	HbA1c

			vie dans son ensemble et sur des critères spécifiques		
<u>Vileyn M.</u>	2011	Étude descriptive	Comprendre l'organisation des programmes d'ETP mise en place dans les maisons de santé pluridisciplinaire Secondairement : recenser les freins et les moteurs de l'ETP dans ces structures, et révéler les points communs et les différences d'organisation entre les maisons de santé	Les maisons de santé pluridisciplinaires en France qui intègrent l'ETP au sein de leur activité	Questionnaire sur l'organisation, les ressources utilisées pour l'ETP
<u>Balcou-Debussche M.</u>	2008	Etude observationnelle Transversale	Analyser les perceptions, la formation initiale et après l'internat, les pratiques et les obstacles à l'éducation rapportés par des professionnels de santé, avant l'entrée dans un réseau de prise en charge du diabète	Médecins et infirmières libérales	Activité professionnelle Les objectifs et les obstacles à l'ETP Perspectives pour améliorer la formation
<u>Nwasuruba C.</u>	2009	Etude observationnelle transversale	Déterminer les différences liées aux ethnies concernant l'ETP et la qualité des soins au Texas	Diabétiques de type 2, noirs, hispaniques et blancs de plus de 65 ans	Activité physique, glycémie à domicile, auto-examen des pieds. Qualité des soins (HbA1C, examen des pieds, examen des yeux, vaccination contre la grippe et pneumocoque)
<u>Elhadji Toumane C.</u>	2014	Etude observationnelle	Décrire l'observance des patients en hôpital de jour, diabétiques de type 2, inclus dans un programme d'ETP	Patients diabétiques de type 2 inclus dans un programme d'ETP (Exclus les diabétiques de type I, les patients en HDJ pour un autre motif, patients incapables de répondre à un questionnaire)	Données biométriques (poids, taille, sexe et âge), durée du diabète et type de traitement, ressenti du patient. Pratique de l'auto-surveillance glycémique si sous insuline, relation entre le patient et l'équipe médicale
<u>Boust E.</u>	2016	Etude déclarative	Evaluer les pratiques des	Médecins généralistes de la	

		descriptive,	médecins généralistes de l'antenne Dieppoise, leur représentation de l'ETP et ainsi évaluer le travail réalisé par MAREDIA	région dieppoise, de la zone limitée ouest en est	
<u>Boulet M.</u>	2010	Enquête épidémiologique	Etude du réseau de patient Réunion à la Réunion	Patients diabétiques de type 1 et 2 (3 groupes : patients du réseau, ceux hospitalisés et ceux en officines)	Questionnaire : Identité du patient, le diabète, le suivi et la prise en charge, l'observance du traitement
<u>Benguetaib-Selmaoui A.</u>	2013	EPP de type audit clinique ciblé, régionale, multicentrique	Evaluation des pratiques d'ETP en hospitalisation, pour patients diabétiques de type 2 en échec thérapeutiques	Patients diabétiques de type 2 en échec thérapeutique et en hospitalisation	Critères liés à la démarche éducative Critères organisationnels Critères s'intéressant à l'intégration du programme dans le parcours de soins du patient
<u>Mosnier-Pudar H.</u>	2007	Méta-analyses Étude contrôlée, randomisée avec groupe contrôle	Synthèse et analyse des différents articles évaluant l' impact de l'ETP chez les patients randomisés	Population de patients diabétiques de type 2 exclusivement, avec une évaluation de l'impact de l'ET sur au moins 6 mois	Evolution de l'équilibre glycémique, des critères qualitatifs et explicatifs des phénomènes mis en œuvre dans le processus éducatif.
<u>Fan L, Sidani S.</u>	2009	Meta-analyses (50 études)	Décrire l'ETP (type, méthodes...) Analyser l' effet de l'ETP sur l'autogestion, le contrôle métabolique et l'application des connaissances Apporter des éléments pour une meilleure utilisation de l'ETP	Patient diabétique de type 2 de plus de 18 ans. Prise en charge comprenant l'ETP délivré soit à l'hôpital soit ambulatoire, études randomisées et contrôlées et études publiées en anglais du 01/1990 au 12/2006	L'autogestion, le contrôle métabolique, évaluation de l'HbA1c, du cholestérol, de la pression artérielle, de l'IMC et l'application des connaissances
<u>Pimouguet C.</u>	2011	Méta-analyse de RTC (41)	Evaluer l' effet de l'ETP chez les patients diabétiques de type I et de type 2 sur l'HbA1c	Patients diabétiques de type 1 et 2	RCT
<u>Clark M.</u>	2008	Revue de la littérature (41 articles)	Evaluation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique chez	Diabétiques de types 2	Contrôle de la glycémie Effet sur la qualité de vie

			le patient diabétique de type 2 Comparaison éducation en groupe et individuelle		Contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire Gestion des pathologies associées
<u>Peccoux-Levorin C.</u>	2011	Étude qualitative	Préciser les facteurs favorisant ou freinant l'implication des médecins dans une démarche d'ETP, intégrée au parcours de soins de leurs patients diabétiques de type 2 complétés de propositions. Rapporter comment est perçue l'offre éducative de ProxYDiab 38 et les améliorations à envisager	Médecins exerçant dans l'agglomération grenobloise avec prise en considération du niveau socio-économique, la proximité de Grenoble et de ProxYDiab 38	Entretien : difficultés et ressources pour faire l'ETP, question sur ProxYDiab, évocation des perceptives avec une ouverture sur les potentialités de ce type de structure d'ETP ambulatoire et les améliorations à envisager
<u>Gaye T.</u>	2015	Étude qualitative (Focus group)	Explorer les représentations de l'ETP par les médecins généralistes	Médecins généralistes exerçant en soins primaires.	Focus groupe
<u>Dely C.</u>	2015	Étude qualitative	Identifier les représentations des patients concernant leur maladie, leur mode d'adhésion et les facteurs limitant ou favorisant leur participation au réseau afin de comprendre comment le réseau pourrait améliorer leur prise en charge.	Patients diabétiques de type 2 adhérents au réseau Codiab	la représentation de la maladie ; les fonctions et la place du réseau dans la prise en charge de leur diabète ; les modalités d'adhésion au réseau ; les facteurs limitant ou favorisant leur participation au réseau.
<u>Legrand K.</u>	2009	Etude observationnelle, qualitative	Analyser les rôles de différents professionnels de santé impliqués dans des programmes d'ETP à destination de patients DT2, notamment les modalités de coopération au sein des équipes d'ETP comme avec les	Professionnels de santé et équipe de soins travaillant dans des structures participantes recrutées au sein de la fédération des réseaux diabète et nutrition de Lorraine (Fédération LORDIAMN) et des services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge du DT2.	Perception du fonctionnement selon le niveau d'implication dans l'équipe éducative La communication dans les programmes d'ETP. Point de vue des professionnels sur la place et le rôle des patients

			professionnels extérieurs intervenant dans le parcours de soins.		dans les programmes d'ETP
<u>Gaborit B.</u>	2011	Etude transversal Etude qualitative	Evaluation des connaissances et des pratiques des patients diabétiques et des médecins généralistes pendant le jeûne du ramadan	Patients musulmans diabétiques Médecins généralistes	Questionnaire : historique médicale, données sociodémographique, données sur la religion, pratique du ramadan, capacité à identifier des situations sources d'hypo/hyperglycémie Mesure de la glycémie, HbA1c
<u>Pareau Z.</u>	2010	Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs (7 médecins, 6 patients)	Identifier les difficultés attachées à l' obstacle linguistique et culturel et les difficultés liées à l'intervention d'un interprète dans la consultation Secondairement, les représentations du diabète du côté médecin et patient et son rôle et celui de la culture et de l'histoire migratoire dans la prise en charge	Diabétiques de type 2 d'origine maghrébine, nés au Maghreb, venus s'installer secondairement en France, et dont le niveau de maîtrise de la langue française est variable avec ou sans interprète	Les représentations du diabète et le vécu de la maladie, l'histoire migratoire la relation soignante et le vécu de cette relation en présence d'un interprète, la maîtrise de la langue française. 4 thématiques principales avec le médecin : représentations du diabète et les aspects culturels de la prise en charge, Les représentations du patient maghrébin. La relation médecin-patient et l'influence de l'histoire migratoire sur le parcours Thérapeutique, Le vécu de la relation interculturelle, les difficultés liées à la barrière linguistique, le vécu lié à l'intervention d'un interprète, les avis sur un interprétariat professionnalisé.

<u>Sunaert P., Vandekerckhove M.</u>	2011	Etude qualitative	Déterminer les obstacles à l'éducation thérapeutique pour le patient diabétique chez les médecins généraliste	Médecin généraliste	
<u>Adnane S.</u>	2013	Etude qualitative,	Evaluation du rôle d'outils d'échanges et d'éducation dans le cadre du réseau diabète Diapason 36 dans l'Indre	Diabétique de type 2 ou de type 1 inclus dans le réseau	Evaluation des différents outils par les professionnels de santé et par les patients
<u>Gachet A.</u>	2013	Etude qualitative Entretien individuels semi-directifs (31 médecins généraliste de Savoie)	Décrire les représentations des médecins généralistes de l'éducation thérapeutique	Médecins généralistes de Savoie	
<u>Moreau A.</u>	2013	Etude qualitative phénoménologique anthropologique par analyse thématique	Observer de manière expérimentale et phénoménologique une démarche éducative d'Approche Centrée sur le Patient en médecine générale auprès de patients diabétiques de type 2 Perception des médecins sur leur relation avec ces patients	Patients diabétiques de type 2 parlant correctement français	Auto-évaluation des patients sur l'atteinte des objectifs de changements et de satisfaction Hba1c, Poids, Tension artérielle Evaluation globale de l'intervention à travers ces éléments
<u>Moulin A.</u>	2008	Revu d'expert	réévaluer la valeur moins établie de la méthode d'audit dans le cadre de démarches plus locales, comme celles que suscitera en France l'obligation légale d'évaluation des pratiques.	Médecins généralistes Patients diabétiques de type 2	Patient diabétique de type 2
<u>Peccoux C.</u>	2011	Revu d'expert	Connaitre les besoins, difficultés , attentes des omnipraticien par rapport à l'ETP pour le patient	30 Médecins généralistes et 5 diabétologues	Questions portant sur l'ETP, la loi HPST, leur rôle réel ou souhaité en ETP, besoin de formation, recours à la structure, les avantages, les inconvénients, le

			diabétique de type 2 Appréciation des médecins généralistes utilisant ou non l'offre éducative concernant une structure éducative		souhait d'évolution de l'organisation des soins et de l'ETP sur leur territoire de santé.
<u>Smaoui N.</u>	2012	Revu d'expert	Explorer les représentations et pratiques des patients diabétique et des professionnels de santé (PS) concernant le ramadan et évaluer l'impact d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) spécifique.	Patients diabétiques musulmans, Professionnels de santé (généralistes et diabétologues)	Hba1c pré et post-Ramadan, auto-surveillance glycémique, comportement alimentaire, connaissances, satisfaction des patients quant à leur prise en charge.
<u>Tavares I.</u>	2013	Revu d'expert	Connaître les représentations de soignants formés à l'éducation thérapeutique participant à un programme commun au CHU de Montpellier.	2 médecins, 2 kinésithérapeutes, 2 ergothérapeutes, une diététicienne, une cadre infirmier	Questionnaire avec questions ouvertes sur : objectif de santé de l'ETP, relation soignant/soigné, définition d'un bon soignant, moyens utilisés pour l'ETP
<u>Chevalier N.</u>	2008	Revue d'expert	Evaluer la progression des acquis des patients diabétiques de type 2 hospitalisés dans notre structure au cours de deux périodes en fonction du projet éducatif, globalisé (1er semestre 2006) et personnalisé (1er semestre 2007)	Patients diabétiques de type 2 hospitalisés dans une structure d'ETP	Acquisition du patient : généralités sur le diabète, complications, du diabète, traitements du diabète Prise en charge paramédicale : auto-surveillance glycémique conduite à tenir face à une hypoglycémie, soins des pieds
<u>Calop N.</u>	2008	Revue d'expert	Chercher l'explicitation des représentations du patient pour	Patients diabétiques de type 2	HbA1c, qualité de vie Représentations du patient avant

			contribuer à mieux répondre à ses besoins en renforçant un message éducatif individualisé.		et 3 mois après la réalisation d'un stage d'ETP : contraintes perçues, qualité de vie ressentie, signes actuels, complications redoutées, connaissances autour du diabète, rapports du patient, projets et idées reçues
<u>Böhme P.</u>	2013	Revue d'expert	Analyser les 4 programmes territoriaux lorrains fonctionnant depuis plusieurs années selon des modes d'organisation différents.	Personnels participants à un programme d'ETP : 9 infirmières, 4 médecins, 3 diététiciennes, 1 kinésithérapeute, 1 podologue, 1 psychologue) Patients diabétiques de type 2	Perception du parcours éducatif par les soignants : le nombre de séances, la répartition des activités éducatives, les modes de transmission des informations
<u>Böhme P., Durain-Sieffert D.,</u>	2010	Revue d'expert	Comparer les caractéristiques initiales des patients de la MDN a celles de patients suivis en diabétologie (CHU). Décrire l'évolution des caractéristiques des patients de la MDN et de comparer l'évolution de ces paramètres entre les deux organismes.	Patients diabétiques de type 2	Au début de l'étude et après 1 an : IMC, cholestérol total, DFG, rétinopathie, insuffisance rénale, neuropathie, risque podologique, HTA, artérite, traitement par insuline
<u>Molsted S.,</u>	2011	Etude interventionnelle Non randomisée	Définir l'effet d'un programme d'ETP chez les patients diabétiques de type 2 sur les connaissances du patient, la qualité de vie, le coût des soins, mode de vie	Patient diabétique de type 2	HbA1c, glycémie, poids, tension artérielle, tour de taille
<u>Bouznah S.</u>	2015	Dossier thématique	Définir l'intérêt des cliniques transculturelles	Migrants et maladie chroniques	
<u>Grimaldi A.</u>	2009	Dossier thématique	Définir l'ETP et ses principes	Patients diabétiques de type 1/2	
<u>Reach G.</u>	2013	Dossier thématique	Identifier les causes de non	Patients porteurs de maladie	

			observance	chronique	
<u>Meillet L.</u>	2013	Dossier thématique	Définir l'ETP dans le cadre du diabète de type 2	Patients diabétiques de type 2	
<u>Grimaldi A.</u>	2010	Dossier thématique	Etablir la place de l'ETP dans le parcours de soin du patient	Patients porteurs de maladie chronique	
<u>Grimaldi A.</u>	2013	Dossier thématique	Etablir le rôle de l'ETP dans l'autonomie du patient	Patients porteurs de maladie chronique	
<u>Mosnier-Pudar H.</u>	2012	Dossier thématique	Identifier le rôle de l'ETP dans l'observance des patients	Patients diabétiques de type 2	
<u>Guengant A.</u>	2013	Etude descriptive qualitative,	Définir la vision de l'ETP des médecins généralistes leur pratique	Médecins généralistes, installés et exerçant en cabinet médicale, dans le pays de Lorient (lorient et communes voisines)	Entretiens avec les médecins généralistes, semi-directifs
<u>Fournier C.</u> <u>Etude ENTRED</u>	2011	Etude observationnelle	Décrire la démarche éducative reçue par les personnes diabétiques et proposée par leurs médecins, analyser le vécu, les besoins des patients et des médecins en matière d'information et d'éducation	Diabétiques de type 2 ou 1, adulte, vivant en France métropolitaine, assurés ou bénéficiaires de la CnamTS ou du RSI Médecins généralistes et diabétologues	Difficultés ressentis, et besoins des médecins satisfaction des patients Intégration de L'ETP dans la pratique des médecins

Annexes n°2 : Résultats principaux et biais des études

Articles/ Thèses	Biais	Résultats
<u>Rygg LØ</u>	Biais de confusion	Absence de différence significative pour l'HbA1c entre les 2 populations, meilleur connaissances et gestion dans le groupe
<u>Rubak S.</u>	Biais de réalisation, de sélection, de recrutement	Absence de différences significatives entre les différents groupes
<u>Patissier C.</u>	Biais de recrutement Reproductibilité	Formation : DU d'ETP à Montpellier mais ouvert qu'à ceux qui ont déjà eu une formation initiale au moins pratique. Formation sur 5 jours sur Toulouse Subventions : FIQCS, crédits SPP, FNPEIS. Autres aides
<u>Kulzer B.</u>	Biais de confusion Absence de groupe contrôle Durée de l'étude	Hba1c inchangé dans le groupe A Persistance d'une diminution de 'HbA1c dans le groupe B à 15 mois, Diminution de l'HbA1c dans le groupe C à 3 mois mais ne persiste pas à 15 mois Meilleure efficacité de l'ETP en groupe
<u>Adolfsson ET</u>	Temps de l'étude Biais de confusion	Meilleure connaissance du diabète et bonne gestion de la part du patient, amélioration de la prévention des complications secondaires liées au diabète. Glycémie inchangée
<u>Davies MJ.</u>	Biais de confusion	ETP chez des patients nouvellement diagnostiqués diabétiques de type 2 présente un effet positif sur la perte de poids, l'arrêt du tabac, croyances par rapport à la maladie, mais pas de différence concernant l'Hba1c
<u>Kerssen A.</u>	Biais de confusion Biais d'information, durée de l'étude	Concordance entre la faisabilité expérimentée par les patients et les obstacles décrits par les médecins. Amélioration des patients concernant leur autogestion et la

		surveillance glycémique
<u>Cogneau J.</u>	Biais de sélection	Problématique concernant le suivi du régime alimentaire et l'exercice physique, Selon les médecins : « non responsabilisation » du patient, le manque d'investissement, problèmes de communication... Connaissances insuffisantes du patient, Importance de l'ETP et de la coopération entre soignants
<u>Eminian S.</u>	Biais de sélection, étude non randomisée, biais de recrutement, de confusion	Réduire l'inertie thérapeutique, diminution de l'HbA1c, du LDL cholestérol Amélioration des connaissances dans les différents domaines de gestion du diabète
<u>Jannot S.</u>	Biais de sélection	ETP « co-construction » entre soigné et soignant. Objectifs : compétences d'auto-soins et d'adaptation. Obstacles en médecine générale : temps, formation spécifique et reconnaissance financière
<u>Mosnier-Pudar H.</u>	Biais de confusion, de mémorisation, et de recrutement	ETP bien établie dans les hôpitaux français Manque de reconnaissance (financière...), moyen, de formation
<u>Vaillant G.</u>	Biais de recrutement Biais de sélection	Réductions des inégalités de soins entre milieu rural et milieu urbain. Complémentarité avec l'ETP existant en hospitalier. Implication de l'entourage
<u>Boegner C.</u>	Absence de groupe contrôle Biais de confusion. Durée de l'étude	Au bout de six mois amélioration des glycémies, et des autres paramètres. Meilleures connaissances sur le diabète. Coordination entre les soignants
<u>Bachelet E.</u>	Biais de recrutement, de confusion, et de mémorisation	2/3 des participants sont satisfaits du programme d'éducation, surtout avec les méthodes interactives ou celles incitant une bonne dynamique de groupe.
<u>Laroussinie-Pagliuzza M.</u>	Biais de recrutement Biais de sélection	Adaptation de l'information, espace d'écoute du patient, choix d'objectifs réalisables, progressifs, hiérarchisés et espacés dans le temps. Responsabiliser le patient, accroître son autonomie. Ressources : spécialistes, l'entourage Solution idéale : consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'ETP Formation avec d'autres professionnels de santé
<u>Nicolas D.</u>	Biais de recrutement, de mémorisation, de confusion et d'information	Orientation vers le pôle de prévention et d'éducation du patient d'Amiens (problème de distance et relation avec le médecin traitant), rôle de la personnalité et de la psychologie du patient dans sa prise en charge et dans l'adhésion à l'ETP Moyens pour améliorer l'ETP en milieu rural : Formation et rémunération de la consultation.
<u>Dorland K, Liddy C.</u>	Biais de confusion, d'attrition Durée de l'étude	Absence de différence significative entre les deux méthodes
<u>Piper CN.</u>	Biais de mémorisation, Biais de confusion	Impact de l'ethnie, du statut socio-économique, et de la localisation géographique sur l'éducation thérapeutique concernant le diabète
<u>Esnault-Boutchoué</u>	Biais de sélection	Baisse significative de l'HbA1C après trois mois d'éducation thérapeutique

<u>M.</u>	Biais d'attrition Type d'étude	Baisse significative su poids mais pas de l'IMC Amélioration des connaissances, de l'autonomie
<u>Vileyn M.</u>	Biais d'information Biais de recrutement Biais de représentativité	Séances individuelles : meilleure écoute, prise en charge spécialisée. Séances collectives : partage d'expérience, stimulation positive Chronophage, charges administratives, formation, financement
<u>Balcou-Debussche M.</u>	Biais de sélection Biais de recrutement	ETP inclus dans la pratique des médecins et des infirmières Obstacles liés au patient : attitude passive, message non compris, peu de soutien de l'entourage. Obstacles décrits par le médecin : temps, manque de reconnaissance financière
<u>Nwasuruba C.</u>	Biais de sélection Biais de confusion	Différences significatives par rapport à l'ethnie concernant l'activité physique, examens des pieds, la vaccination contre le pneumocoque, Absence de différence significative pour la glycémie capillaire à domicile, autoexamen des pieds, fréquence de réalisation de l'HbA1c, du fond œil et de la vaccination antigrippale.
<u>Elhadji Toumane C.</u>	Biais de confusion de recrutement/ sélection, de mémorisation	Mauvaise observance des patients. Importance de la relation patient/ soignant dans l'observance des patients
<u>Boust E.</u>	Biais de mémorisation, Biais lié au type d'étude, Biais de confusion	Intervention pluridisciplinaire indispensable (concept de médiateur) : système ASALEE, faible taux de recours au podologue, consultations diététiques peu utilisées, pharmacien correspondant. Obstacles en médecine générale (temps, formation, rémunération) Méconnaissance des réseaux : manque d'information, risque de télescopage SOPHIA-MAREDA, coordination pluridisciplinaire (un idéal hospitalier). Désir de formation et d'adhésion
<u>Boulet M.</u>	Biais de confusion, de compréhension et de mémorisation	Les patients du réseau présentaient plus d'activité physique, plus d'aide concernant leur hygiène de vie, la population des pharmacies était mal suivie pour son diabète
<u>Benguetaib-Selmaoui A.</u>	Biais de confusion Biais de recrutement	ETP essentiel. Nécessité d'une bonne communication avec le médecin traitant via un courrier de sortie et ainsi permettre la continuité des soins. Sensibilisation des médecins traitants à l'ETP
<u>Mosnier-Pudar H.</u>	Risques de biais en termes de randomisation, d'analyse des groupes en intention de traiter, de suivi des perdus de vue, de calcul des nombres de participants	Éducation thérapeutique en groupe dans le diabète de type 2 est efficace, en particulier sur l'équilibre glycémique (HbA1c). Nécessité de prendre en compte les aspects psychosociaux, et émotionnels de la maladie, ainsi que les besoin du patient
<u>Fan L, Sidani S.</u>	Biais de sélection, de mémorisation et de confusion	Amélioration des connaissances, et de la gestion de la maladie
<u>Pimouguet C.</u>	Biais de sélection, de confusion	Effet de l'ETP sur la diminution de l'HbA1c, et sur la gestion de son traitement par le patient

<u>Clark M.</u>	Biais de sélection. Nécessité d'étude à long terme pour juger de l'efficacité	Education en groupe ou individuelle apportent des résultats similaires. Nécessité d'une compréhension du patient et d'une bonne coordination entre les différents intervenants
<u>Peccoux-Levorin C.</u>	Biais de confusion Biais d'information Le manque de temps pour réaliser les interviews, le statut d'interne	Obstacles cités par les médecins : le manque de temps, la charge administrative et le manque de soutien des instances, les relations confraternelles, l'insuffisance de formation médicale, le manque de motivation, le manque de supports. Liés au patient : la culture, le frein linguistique, le niveau socio-économique, le patient poly-pathologique. Ressources : Participation à des formations médicales continues, la relation médecin-malade Le médecin traitant : relation de confiance, connaissance accrue du patient et suivi facilité, Le savoir-faire Solutions : Temps imparti à l'ETP avec une consultation spécifique pour le diabète et l'ETP, évaluations régulières avec le patient Ressources liées au patient : L'entourage du patient, connaissance du mode de vie du patient La diététicienne, l'infirmière et le diabétologue : des piliers de l'offre éducative complémentaire
<u>Gaye T.</u>	Biais de sélection, recrutement	Lien avec le vécu, l'histoire familiale, les conditions socio-économiques Consultation de diagnostic éducatif : identifier les besoins et les attentes du patient pour améliorer la réponse du réseau Réseau perçu comme une alternative au médecin traitant et non comme un support complémentaire. Interface avec les généralistes
<u>Dely C.</u>	Biais de recrutement	Obstacles de la culture et de la langue Patient devient actif dans sa prise en charge : autonomie et dépendance du patient, motivation, développement des connaissances
<u>Legrand K.</u>	Biais de recrutement	La concertation interprofessionnelle est nécessaire et souhaitée, mais demande à être formalisée. Les patients ont été peu impliqués dans la conception et la mise en œuvre de programmes, d'ETP, leur participation se limitant à la validation des outils. Rôle du médecin traitant à définir
<u>Gaborit B.</u>	Biais de confusion Biais de mémorisation	Nécessité d'ajuster les conseils, la thérapeutique avec le mode de vie (ici le ramadan)
<u>Pareau Z.</u>	Biais d'échantillonnage (nombre de patient), faible durée des entretiens Biais d'information et de confusion	Annonce diagnostic vécu comme brutale Compréhension variable du diagnostic et de ces implications Causes du diabète selon les patients : stress, choc émotionnel, facteurs héréditaires, facteurs environnementaux cités par 2 patients, la fatalité ou Mektoub, la migration,
<u>Sunaert P.</u> <u>Vandekerckhove M.</u>	Biais de mémorisation, biais de sélection	Surcharge de travail lié aux papiers administratifs, temps, bénéfices liés à l'ETP mal définis, doutes sur l'efficacité de l'ETP

		Médecins ayant déjà des patients bénéficiant de l'ETP ont conscience de son bénéfice Vision du médecin éducateur comme un intrus dans la relation du patient et de son médecin traitant. Souhait d'une meilleure collaboration entre professionnel
<u>Adnane S.</u>	Biais de confusion Biais de recrutement	Amélioration des connaissances de la maladie et du traitement La moitié des patients ont modifié leurs habitudes alimentaires et 10 ont acquis de bonnes habitudes. Raisons de non adhésions au réseau : manque de temps, réseau égal carcan, difficultés de travailler ensemble, manque de communication, manque de confiance, inutilité du réseau formel, les relations entre professionnels, perte de patient ?
<u>Gachet A.</u>	Biais de confusion, Biais de recrutement	Obstacles du côté du patient : compréhension de sa maladie, enjeux du traitement, acceptation, entourage comme source de difficulté Obstacles des médecins : difficultés médico-administratives (formation continu, contraintes administratives, avoir un réseau de spécialiste, prise en charge globale du patient, déléguer...), faire accepter au patient sa maladie, mal être des médecins par rapport à ces difficultés, temps (frein mais aussi levier), difficultés relationnelles avec les confrères et/ou le patient, importance d'une relation de bonne qualité, difficulté liée à une culture différente Pluri-professionnalité
<u>Moreau A.</u>	Biais d'investigation, d'échantillonnage, de recrutement et d'interprétation (fiabilité, validité, crédibilité)	Dans DEADIEEM >>> émerger des processus expérientiels cognitivo-émotionnels et comportementaux qui accroissent la motivation au changement par la prise de conscience, le soulagement émotionnel, la réévaluation de soi, la libération de soi, la recherche de relation d'aide, l'autocontrôle, le contre-conditionnement et le renforcement du SEP. Relation de médecin et du patient de type « personne- personne » joue un rôle – ou +
<u>Moulin A.</u>	Biais de recrutement	La conduite d'un cycle d'audit sur la base d'une initiative locale, par une équipe de MG sans expérience en évaluation des pratiques, a permis d'obtenir une amélioration des soins sans nécessiter de moyen conséquent.
<u>Peccoux C.</u>	Biais de mémorisation, de recrutement	Absence de temps pour la réalisation de l'ETP Souhait de mettre en place des structures ambulatoires, pluridisciplinaires pour l'ETP
<u>Smaoui N.</u>	Biais de recrutement	25% des médecins interdisent formellement le ramadan, 60 % des patients modifient le traitement d'eux-mêmes, alors que 48 % ne le considèrent pas comme une situation à risque. Avec l'ETP : comportement alimentaire peu modifié, auto-surveillance glycémique,

		connaissances du diabète et satisfaction améliorées
<u>Tavares I.</u>	Biais de recrutement, biais de sélection	Objectifs : amélioration de la qualité de vie, et d'autonomisation du patient. Ecoute, empathie, échanges avec le patient, écoute, explications, individualisation de l'éducation.
<u>Chevalier N.</u>	Biais de recrutement, représentabilité	Valorisation des acquis du patient et amélioration de manière significative des connaissances du patient concernant la maladie diabétique grâce à la personnalisation du projet éducatif thérapeutique
<u>Calop N.</u>	Absence de groupe témoin ; non prise en compte de l'effet « formateur » et de l'effet « groupe » ; interrogations sur les patients qui ne s'expriment pas ou non revus à M3 ; structure de la trame sémantique et sa validation ; conditions de recueil de données ; effet de l'adaptation de traitement sur l'HbA1c.	Diminution de l'HbA1c, amélioration de la qualité de vie,
<u>Böhme P.</u>	Biais de sélection, biais de confusion	Hétérogénéité de la vision et de la compréhension des parcours éducatifs en fonction des soignants et des patients. Spécificité et complémentarité des tâches de professionnels différents
<u>Böhme P, Durain-Sieffert D.</u>	Biais de sélection, Biais de confusion	L'ETP en médecine de ville pour le DT2 de moindre gravité semble efficace pour le contrôle métabolique. Structure ayant toute sa place dans le parcours de soins, un élément clef de l'articulation ville – hôpital
<u>Molsted S.</u>	Biais de confusion Etude non randomisé	Education thérapeutique permet une amélioration des glycémies, de l'HbA1c, des autres facteurs métaboliques et de la qualité de vie
<u>Bouznah S.</u>		La diversité culturelle comme catalyseur actif de la relation de soins. Co-construction avec le patient de la définition du problème. Accompagnement des patients migrants non francophones
<u>Grimaldi A.</u>		Apprentissage pratique et spécialisé pour l'acquisition de compétences thérapeutique Difficulté du l'absence de symptômes, Bien être du patient et traitement de l'anxiété par l'action, Pédagogie de type instructive et Alliance thérapeutique, Travail d'équipe
<u>Reach G.</u>		Conséquences majeures de la non observance

		Mécanismes : défaut de compréhension, mécanisme de défense, manque de ressources, de motivation. Importance de la confiance dans leur médecin
<u>Meillet L.</u>		Obstacles décrit par les médecins : Manque d'implication du patient, compréhension, manque de soutien des familles, temps, manque de formation, rémunération Solutions proposées : Reconnaissance professionnelle, outils adaptés, renforcement de la formation
<u>Grimaldi A.</u>		ETP : une transmission de savoir et de savoir-faire, et une aide au faire
<u>Grimaldi A.</u>		mécanismes de défense pour préserver son homéostasie, psychique : pensée magique, déni, minimisation, déniégation, clivage, conduites à risques, voire addictions. Le médecin traitant doit respecter ces mécanismes de défense
<u>Mosnier-Pudar H.</u>		Nécessité de l'alliance thérapeutique. Approche associant une pédagogie constructiviste, bâtie sur les représentations et les dimensions mentales, émotionnelles comme sur le respect du « temps » du patient
<u>Guengant A.</u>	Biais de sélection, Limites liées à la recherche qualitative, Biais de mémorisation,	Obstacles à l'ETP : le temps, le manque de valorisation, lourdeurs administratives, le non remboursement des consultations diététiciennes et podologue, défaut de lien avec les partenaires médicaux. Propositions pour améliorer : rémunération spécifique de l'ETP, organiser des séances collectives d'ETP, promouvoir l'éducation à la santé et favoriser la prévention, déléguer aux professions paramédicales, bonne communication entre réseau et médecin traitants, formations, coordination
<u>Fournier C.</u> <u>Etude ENTRED</u>	Biais de sélection, non réponse, de mémorisation, et d'information	Obstacle : temps, formation, rémunération, culture ¾ des médecins généralistes ne donnent pas des consultations spécifiques d'ETP

Résumé.

Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste.

Introduction :

L'objectif était de faire une synthèse des études portant sur l'efficacité de l'ETP en ambulatoire, les obstacles et solutions à la réalisation de l'ETP chez les patients diabétiques de type 2 du point de vue du médecin généraliste.

Méthodes :

Une revue de la littérature avec des articles abordant l'ETP pour une population atteinte de diabète de type 2, du point de vue du médecin généraliste e, et plus publiés entre 2007 et 2015 a été réalisée.

Résultats :

Cinquante-huit articles ont été inclus. L'efficacité de l'ETP était traitée dans 62% des articles, montrant une amélioration de la qualité de vie du patient. Les obstacles ont été abordés par 67% des études dont 38% évoquaient le problème du temps, 33% signalaient le manque de formation, 18% citaient la barrière culturelle et 13% abordaient les charges administratives. Concernant les solutions, 70% signalaient la nécessité d'une bonne coordination des soins, 10% proposaient des solutions à la formation des médecins, 6% évoquaient l'idée d'une consultation dédiée à l'ETP, 7% abordaient la notion d'une rémunération spécifique et des subventions et 3% expérimentaient le principe de clinique transculturelle.

Conclusion :

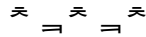
Les idées prédominantes étaient la mise en place d'une consultation dédiée à l'ETP avec une rémunération spécifique et la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire. Redéfinir les modalités de réalisation de l'ETP en ambulatoire s'avère ainsi nécessaire.

Mots clés : Education thérapeutique, diabète de type 2, médecins généralistes.



Faculté de Médecine et de Pharmacie

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 !

