



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Evaluation rétrospective des ateliers d'Education Thérapeutique du Patient diabétique dans la prise en charge multidisciplinaire du diabète de type 2, réalisés à la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Fruges

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2019 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Arnaud Verbrègue

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs :

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Didier DELETTE

AVERTISSEMENT : La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	6
RESUME	7
I. INTRODUCTION	8
1. Les ETP	9
a. Législation, administration des ETP	9
b. Les différents temps du malade.....	10
c. Mise en place des ETP.....	10
d. La participation des patients.....	12
2. La MSP de Fruges et sa population.....	13
a. Population du Pas-de-Calais	13
b. Population du bassin de Fruges	14
c. La MSP de Fruges.....	14
3. Objectif de l'étude	15
II. MATERIEL ET METHODES	16
1. Design de l'étude	16
a. Critère d'inclusion	16
b. Critères d'exclusions	16
c. Recueil de données.....	16
d. Réalisation des données biologiques	17
e. Les ateliers d'ETP de la MSP de Fruges	17
2. Critères d'évaluation	19
a. Critère de jugement principal.....	19
b. Critères de jugements secondaires	19
3. Analyses statistiques	20
III. RESULTATS.....	21
1. Population de l'étude	21
2. Critère de jugement principal, évaluation de l'HbA1c à 6 mois.....	23

3.	Evaluation des critères de jugement secondaires.....	24
a.	Evaluation de l'HbA1c à 12 mois.....	24
b.	Comparaison de l'évolution de l'HbA1c à 6 mois en sous-groupe.....	24
c.	Comparaison de l'évolution de l'HbA1c à 12 mois en sous-groupe.....	25
d.	Echelle de moral à 6 mois	26
e.	Comparaison du nombre de visites chez le cardiologue habituel.....	26
IV.	DISCUSSION.....	27
1.	Interprétation des résultats	27
2.	Forces de l'étude	29
3.	Biais.....	29
4.	Comparaison des résultats avec la littérature	32
5.	Les ETP en Europe	33
V.	CONCLUSION.....	35
	BIBLIOGRAPHIE	36
	ANNEXES.....	38
	Annexe 1 : autorisation de la CNIL.....	38
	Annexe 2 : Dossier ETP diabète de la MSP de Fruges.....	39

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO : Anti Diabétiques Oraux

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CHAM : Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GAJ : Glycémie A Jeun

HAD : Hospitalisation A Domicile

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

HTA : HyperTension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIAM : Système d'Information de l'Assurance Maladie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

VDBD : Verband des Diabetes-Beratungs und Schulungsberufe in Deutschland

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Introduction

Le diabète de type 2 est une maladie chronique et hétérogène, en augmentation constante. Les ateliers d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) interviennent comme clef de voûte de sa prise en charge. Nous nous sommes intéressés à l'évolution de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) avant et après un ETP dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), celle de Fruges dans le Pas-de-Calais.

Matériel et Méthodes

Les patients inclus étaient les patients en ETP à la MSP de Fruges. Le critère d'évaluation principal était l'évolution de l'HbA1c avant ETP et 6 mois après. Les critères secondaires étaient : l'évolution de l'HbA1c avant et à 12 mois de l'ETP, la comparaison de l'évolution de l'HbA1c à 6 mois et 12 mois en sous-groupes (un sous-groupe « un seul antidiabétique » et un sous-groupe « plusieurs antidiabétiques »), l'évolution du moral avant et à 6 mois de l'ETP, le nombre de consultations cardiologiques un an avant et un an après l'ETP.

Résultats

Parmi les 66 patients, les données étaient disponibles et analysées chez 53 patients. Les valeurs d'HbA1c moyenne avant ETP et à 6 mois ne différaient pas ($p=0.6505$). L'HbA1c moyenne avant et à 12 mois ne différaient pas ($p=0.1563$). A 6 mois les deux sous-groupes avaient des moyennes d'HbA1c différentes ($p=0.0280$). A 12 mois les moyennes en sous-groupes ne différaient pas ($p=0.2619$). Le moral moyen des patients avant et après ETP ne différaient pas ($p=0.6915$). Le pourcentage de consultations cardiologiques dans l'année précédant l'ETP était de 37.73%, dans l'année suivante il était de 33.96%.

Conclusion

Sur le critère de jugement principal, l'intervention de l'ETP dans la prise en charge du diabète n'est pas significative. Seule variable significative : l'évolution de l'HbA1c à 6 mois du sous-groupe « plusieurs antidiabétiques ». Cette étude montre que les ETP à eux seuls ne peuvent agir sur l'HbA1c ; Néanmoins intégrer ces ateliers dans la prise en charge d'une population plutôt « déséquilibrée » a un effet positif, du moins au début, l'évolution de l'HbA1c à 12 mois n'étant pas significative. L'intérêt de séances de rappels pourrait avoir un avantage en termes de prévention.

I. INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles du fait d'une résistance à l'insuline [1]. Le caractère persistant de cette pathologie en fait une maladie chronique, qui nécessite l'intervention du médecin traitant, des spécialistes d'organes, des infirmiers, podologues, diététiciens, mais également une participation active du patient dans la prise en charge de sa maladie, l'objectif étant de limiter la mortalité et la morbidité. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) reflète la moyenne glycémique des trois derniers mois, ce qui en fait le marqueur de suivi de référence.

L'histoire naturelle du diabète de type 2 est caractérisée par une aggravation progressive, voire inéluctable du déficit d'insulinosécrétion. Ainsi après quelques années d'évolution, moins de la moitié des diabétiques de type 2 est correctement équilibrée [2].

Dans le monde, 90% des diabétiques sont des diabétiques de type 2. La croissance de cette pathologie est très forte puisque la prévalence est de 8.3% en 2013 et devrait atteindre 10.1% en 2035 [3].

Le diabète de type 2 est une maladie hétérogène associant insulino-résistance périphérique et déficit en insulinosécrétion. Il existe des traitements permettant des actions différentes sur cette physiopathologie, stimulation de sécrétion, sensibilisation à l'insuline, action sur la digestion, voire supplémentation en insuline. Certains patients ne reçoivent qu'un seul type de ces traitements, alors que d'autres nécessitent une combinaison de plusieurs d'entre eux.

La fin du XX^{ème} siècle voit l'arrivée d'une nouvelle prise en charge médicale : les ateliers d'éducation thérapeutique [4]. Initiés dans les cancers, ces Educations Thérapeutiques du Patient (ETP) se sont ensuite étendues à la Broncho-Pneumopathie

Chronique Obstructive (BPCO), aux maladies cardiovasculaires, au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), ainsi qu'au diabète. Les ETP se sont principalement implantées au cours des vingt dernières années dans les services hospitaliers concernés, puis dans les maisons pluridisciplinaires (MSP) assurant la prise en charge des patients atteints de ces maladies chroniques. L'importance prise par le diabète, intriquant des facteurs génétiques, environnementaux, personnels, familiaux, a nécessité une prise en charge globale de plus en plus complète, impliquant les ETP.

1. Les ETP

La mise en place des ETP, initialement hospitalière, s'est vue adaptée à de multiples programmes ambulatoires, facilitant son action et son intervention au sein de la population, ainsi que la participation de multiples intervenants pluridisciplinaires (médecins, diététiciennes, infirmiers, podologues, psychologues, etc.).

a. Législation, administration des ETP

L'ETP est inscrit depuis le 21 juillet 2009 dans la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire), article 84, rappelé dans l'article L1161-1 du Code de la Santé Publique. L'ETP s'inscrit dans le parcours de soin et a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie [5]. Les ETP se doivent d'être conformes à un cahier des charges national [6]. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé, programme évalué par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Chaque MSP réalisant un ETP est sous contrat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ces ETP sont donc suivis, financés et contrôlés par cette dernière ; en cas d'ETP illégal l'amende peut être de 30 000€ [7].

Une formation initiale des soignants est d'abord nécessaire, qui consiste en une formation de 40 heures, ou en cas d'approfondissement au décernement d'un diplôme

universitaire, dans la mesure où l'adoption d'une posture pédagogique ne s'improvise pas [4] : en effet, la transmission des informations des ETP au patient fera appel chez les soignants à des capacités relationnelles et pédagogiques qui vont différer de celles nécessaires aux soins la plupart du temps [4,8]. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire, mêlant médecins, dont traitants, diététiciens, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, etc. afin de cibler au mieux les attentes des patients [4,8].

b. Les différents temps du malade

L'ETP consiste à influencer les différents temps qui articulent cette maladie chronique afin de jouer sur la qualité de vie des patients.

- Le temps de la maladie : un temps nécessaire au patient pour passer au statut « malade chronique », lié aux processus biologiques et psychiques à l'œuvre.

- Le temps des soins : temps haché, segmenté en différents secteurs mal coordonnés : soins ambulatoires, urgences, réanimation, court séjour, moyen séjour, hospitalisation non conventionnelle.

- Le temps familial : celui des proches, qui sont victimes de la maladie du patient, sans prise immédiate et réelle sur elle (interprétation des fluctuations de l'état général et de l'humeur du patient)

- Le temps social : travail, proches hors du cercle familial (voisins / amis), vacances, weekends.

- Le temps de l'éducation : long, non linéaire, temps d'intégration des acquis.

- Le temps vécu par le patient : différentes temporalités ci-dessus, projets et désirs du patient, projections dans un futur immédiat. Temps qui se recompose continuellement.

c. Mise en place des ETP

La considération éthique du patient, ainsi que le caractère confidentiel de ses données font l'objet d'un recueil du consentement éclairé de ce dernier avant toute mise en

place de l'ETP (annexe 2). Le patient est également informé du caractère gratuit de l'ETP.

Dans les recommandations officielles de l'ETP, il existe 4 étapes fondamentales [4] : la réalisation d'un diagnostic éducatif, la définition avec le patient d'un programme personnalisé, la mise en œuvre de séances d'éducation, et une évaluation.

Le diagnostic éducatif

La définition officielle de cette étape est : « le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé » [4]. Le diagnostic éducatif n'est donc pas juste un bilan des connaissances du patient vis à vis de sa pathologie, mais il est surtout une discussion entre le patient et l'équipe de professionnels de santé afin de cibler les objectifs souhaités, dans un climat de confiance et de pédagogie donnant envie de revenir au patient.

La définition avec le patient d'un programme personnalisé

Il s'agit d'une étape particulièrement importante ; elle est le résultat d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné, d'où l'importance de réaliser ce programme avec son médecin traitant. Ils émettent ensemble des idées en partant de priorités croisées, de besoins fondamentaux et de santé. Les conflits de priorité entre vie du patient et santé peuvent être évoqués, considérés, étudiés et discutés. Par exemple, il peut s'agir d'actions proposées sur l'alimentation, alors que le patient présente des habitudes alimentaires qu'il ne souhaite pas changer. Se met alors en place une discussion afin de se mettre d'accord sur un juste milieu. De même sont abordés les questions de l'activité physique, ou des traitements à gérer.

Il est essentiel lors de cette étape de prendre en compte le stress évalué par le patient, qu'il s'agisse de stress interne ou d'éléments extérieurs de la vie du patient qui vont

intervenir. Dans tous les programmes personnalisés, il est donc retrouvé des déterminants psychosociaux de santé, qui permettent de décider de maintenir un comportement de santé, ou bien d'adapter ce dernier.

Tout ETP comprend également des apprentissages de savoir-faire : management des médicaments (identification des effets indésirables et leur gestion), ou gestion d'un oubli de prise.

La mise en œuvre de séances d'éducation

Aucune action d'éducation ou de formation des adultes ne peut, par définition, se conduire sans la participation active de l'apprenant ou du formé. L'évolution de la prise en charge des patients en matière de santé a mis ces derniers au centre de leur maladie, le patient est devenu « acteur » de sa santé, dans la prise de médicaments mais aussi dans les décisions qui le concernent. Le partage d'expériences et le soutien mutuel sont reconnus comme des méthodologies valides en éducation pour la santé. L'intérêt dans les ateliers proposés au patient est la notion de co-apprentissage en groupe.

Une évaluation

A 6 mois sont repris les objectifs de l'ETP, mettant en avant les compétences utilisées par les patients, leur satisfaction vis à vis du programme, leur moral, ainsi que des paramètres clinico-biologiques essentiels : poids, suivi par spécialistes, Glycémies A Jeun (GAJ), HbA1c... lors d'un entretien avec le médecin traitant, temps réservé pour cette évaluation.

d. La participation des patients

Les ateliers des ETP ne peuvent se résumer à la seule transmission d'informations. Ils doivent comprendre des activités pédagogiques, des ateliers thérapeutiques, qui ont pour objectif l'amélioration des compétences d'auto-soins et des compétences psychosociales. La participation des patients dépend de leurs compétences mises en jeu lors des ETP [7].

Il en existe 5 qui interviennent à des moments précis dans la prise en charge médicale de leur maladie :

- L'auto-observation, qui est la capacité à percevoir les signes de sa maladie et à anticiper son évolution, notamment avant une poussée ; il peut s'y associer dans le diabète des compétences d'automesure par lesquelles il y a un transfert de responsabilité vers le patient, aidé par ses proches. Y est concernée la responsabilité du suivi des paramètres cliniques et biologiques de la maladie, notamment GAJ, HbA1c, poids, qualité de vie, stress lié à l'aspect chronique de la maladie, etc.

- Le raisonnement et la décision, qui permettent au patient d'adapter son traitement, un peu à la manière des diabétiques de type 1, qui gèrent leur insuline, en s'adaptant aux exigences du quotidien, aux aléas de la vie. Importance également de connaître le circuit de soins, avec le médecin traitant, les spécialistes d'organes, les services d'urgences, ainsi que la capacité du patient à sortir de son enveloppe de « malade » et à construire des projets (weekends, départs en vacances, etc.)

- L'auto-soins, lorsque le patient réalise lui-même certains soins : soins de plaies, injection d'insuline, etc.

- Les compétences sociales, visant à permettre au patient d'améliorer la tolérance de sa maladie par son entourage, à différents niveaux (famille, milieu de travail, amis...)

- L'adaptation, qui permet au patient de développer sa capacité à faire face à une évolution de la maladie, qui s'articule avec la compétence de raisonnement et de décision.

2. La MSP de Fruges et sa population

a. Population du Pas-de-Calais

Ce département compte en 2013, 1 465 205 habitants, soit un quart de la population régionale du Nord-Pas-de-Calais [9]. Elle possède trois grandes communautés urbaines, la zone Douai-Lens à cheval avec le Nord, et les zones de Béthune et de Saint Omer. Ces

trois communautés représentent 49.1% de la population départementale.

Le centre administratif du Pas-de-Calais est Arras. Ce département est doté de deux bassins de population principaux : la frange littorale composée de Calais, Boulogne sur Mer et Berck, et de l'arrière-pays arrageois et ses 7 vallées.

Le Pas-de-Calais possède une dynamique démographique à 2.14 en 2013. La moyenne française est alors de 2.00.

Fin 2015 12.8% des actifs sont au chômage contre 9.9% en France ; le revenu médian en 2013 représente 17 706€ annuel par unité de consommation, soit 930€ de moins que le revenu médian régional (18 636€) et 3 000€ de moins que le revenu isarien [9].

b. Population du bassin de Fruges

Fruges se situe dans le canton de Fruges Hucqueliers, à 35kms de Saint Omer et 25kms de Montreuil sur Mer. Il compte 15 638 habitants en 2011, avec une densité de 37 habitants/km², ce qui est peu face à la densité régionale de 220 habitants/km² [9,10].

La structure par âge fait apparaître une sous-représentation des 15-29ans par rapport aux chiffres régionaux (15,4% versus 20%). L'indice de vieillissement du canton de Fruges est de 71.1%, alors que celui en France est de 70.6% [10]. Le taux brut de mortalité est respectivement de 13 pour mille à Fruges contre 8,7 pour mille en France. La population sans diplôme ou de niveau d'étude primaire est de 35%, 47,9% de niveau d'étude secondaire et 17,1% d'un niveau d'étude supérieur. Le taux de chômage du canton est de 13,6% ; contre 12,8% dans le Nord-Pas-de-Calais [9].

c. La MSP de Fruges

La MSP de Fruges a ouvert ses portes en 2012, pour pallier l'insuffisance de soin locale : cette zone est sous médicalisée, le corps médical est vieillissant, et il existe une morbi-mortalité importante. L'impulsion initiale a été donnée en 2006, devant ces résultats, puis en 2009 un partenariat entre les élus locaux et les professionnels de santé a vu le jour,

dans un objectif de prise en charge globale, médico sociale en un lieu unique, afin de lutter contre la désertification médicale et permettre une prise en charge médicale différente. Au terme de nombre de réunions le projet a été déposé et validé par l'ARS en 2010, permettant l'ouverture de la MSP en 2012. Elle est composée de multiples professions de santé : 4 généralistes, 11 infirmiers libéraux, 2 kinésithérapeutes, 1 orthoptiste, 1 pédicure, 1 sage-femme. De manière ponctuelle, 1 sophrologue, 1 psychologue, 1 ostéopathe, 1 diététicienne. Il s'y trouve également un cabinet dentaire et une orthophoniste [11].

Les actions prioritaires du projet de santé de cette MSP sont essentiellement les ETP, diabète, BPCO, et maladies cardiovasculaires. S'y associe aussi un parcours de santé de la femme enceinte, orchestré par le CH de Boulogne, ainsi qu'un service de soutien aux aidants. Il existe également des actions de santé publique, sport santé (promotion des pratiques d'activités physiques dans un but de santé), lunettes du cœur (lunettes de fin de séries en don aux gens en difficulté financière), octobre rose (cancer du sein), mars bleu (lutte contre le cancer colorectal).

D'autres structures bénéficient des murs de la MSP : HAD, SSIAD, MSA, Médecine Scolaire, Médecine du travail, PMI, un Réseau Gérontologique des 7 Vallées, un service APREVA, la Mutualité Française, des consultations CPAM, ainsi qu'un service de consultations spécialisées : addictologie, chirurgie digestive, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, gastro entérologie, gérontologie, gynécologie, Médecine Physique et Réadaptation, pédopsychiatrie.

3. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est d'évaluer les résultats des ETP diabète réalisées dans un exercice libéral au sein de la MSP de Fruges, en considérant l'ETP comme clef de voûte de la prise en charge du diabète de type 2, en s'intéressant à l'évolution de l'HbA1c.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Design de l'étude

Cette étude était une évaluation rétrospective des ETP dans la prise en charge globale du diabète de type 2, monocentrique à la MSP de Fruges. Les ETP ont débuté en février 2014, et nous avons recueillis les données pour les patients ayant participé à l'ETP jusqu'en juin 2017.

a. Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion était d'être inscrit à un groupe d'ETP diabète entre 2014 et 2017 à la MSP de Fruges, chez des patients ayant un diagnostic de diabète de type 2.

b. Critères d'exclusions

Le premier critère d'exclusion était de ne pas être suivi par un médecin traitant de la MSP de Fruges ; les patients devaient être recrutés par les 4 médecins généralistes de la MSP de Fruges, les Drs DELETTE, BONNEVILLE, CASSAGNE, DUFLOS. Les patients étaient également exclus si les données étaient manquantes pour l'analyse du critère de jugement principal.

c. Recueil de données

Pour la collecte des données, il a été utilisé les dossiers patients de la MSP, à travers le logiciel MEDI4000+ puis le logiciel MLM, un changement de logiciel ayant été réalisé à la MSP en février 2017. Ces logiciels ont été nécessaires également à la collecte des données démographiques (âge, sexe, date de naissance), la collecte des HbA1c, et des comptes rendus de consultations cardiologiques.

Ont été également collectés le type de traitement (insulinothérapie, antidiabétiques oraux (ADO), antidiabétiques injectables, nombre de molécules employées) ainsi que la présence d'un suivi par un endocrinologue ou non au moment de l'inscription aux ETP. La collecte des dossiers ETP des patients a permis de récupérer leur auto estimation du moral

avant et après ETP.

Cette collecte a été réalisée entre mai 2018 et septembre 2018. L'accord de la CNIL (annexe 1) a été obtenu dans la mesure où les données ont pu être anonymisées au moment de leur collecte.

d. Réalisation des données biologiques

Les mesures biologiques ont été réalisées par le laboratoire de biologie médicale OpaleBio, regroupant les centres d'Etaples sur Mer, Berck, Ecuire, Marconne ; le plateau technique est basé à Ecuire.

La GAJ est mesurée par affinité hexokinase via un automate COBAS 6000, utilisant un module d'analyse C501. L'HbA1c est mesurée par un automate HA92-10 HTLC, employant une chromatographie haute performance à affinité boronoate.

Ces informations sont précisées sur les résultats de biologie de chaque patient, pour des raisons médico-légales.

e. Les ateliers d'ETP de la MSP de Fruges

L'ETP de la MSP de Fruges, se composait de 4 ateliers, répartis en 5 sessions d'une durée d'une heure, en petits groupes de 6 à 10 patients, animés par 2 à 3 soignants, différents à chaque fois. Ils avaient lieu en semaine, les mardis et vendredis, en fin de matinée ou en début d'après-midi. Chaque atelier a bénéficié d'un questionnaire de fin de séance afin de connaître la satisfaction et la compréhension des patients de ces sessions. Les ateliers et sessions sont listés ci-dessous. Le dossier patient d'ETP est disponible en annexe 2. 11 groupes d'ETP ont ainsi été évalués sur la durée de l'étude.

La durée d'une ETP était de 3 à 4 semaines, à raison d'une à deux sessions par semaine selon les disponibilités des soignants.

Les quatorze soignants participants ont bénéficié de 10 soirées de formation, pour une durée totale réglementaire de 40 heures, qui se sont déroulées entre mai et juin 2011. Ces

ateliers ont consisté en la formation des soignants à l'écoute, au dialogue avec le patient, à la présentation d'une ETP, comment définir un programme personnalisé à chaque patient.

Alimentation, 2 sessions

La première session consacrée à l'alimentation cible la description des différents groupes d'aliments, ainsi que la présentation de repas « types », avec identification des aliments gras, des aliments riches en protéines...

Le sucre est abordé dans la deuxième session ; il est revu rapidement les notions de la session précédente, avec les proportions à adapter dans son assiette selon les différents groupes d'aliments. Dans ce second atelier est vue la distinction sucres lents et rapides, avec un petit questionnaire sur les différents aliments. Des repas types sont ensuite proposés aux participants, afin qu'ils déterminent les groupes alimentaires de chaque plat, et si au final le repas est équilibré ou non. Entre ces deux ateliers est aussi demandé aux patients d'amener une fiche sur laquelle ils ont inscrit 2 repas types, pour évaluation. Ces deux sessions sont animées par un médecin et une diététicienne.

Dextro et insuline, 1 session

Cet atelier comporte essentiellement la description du principe de mesure de la glycémie capillaire, ainsi que d'une explication rapide sur les différents types d'insuline (lente et rapide surtout, les semi lentes sont expliquées rapidement). Il consiste en un questionnaire à choix multiples de 16 questions, lu par les patients participants un par un, avec choix de réponse et explications. Un médecin et une infirmière animent cet atelier.

Complications du diabète, 1 session

Il s'agit dans cet atelier d'expliquer aux participants les différentes complications du diabète, essentiellement s'il est mal équilibré. Les complications sont divisées en deux groupes, micro et macro angiopathies, ainsi que les principaux organes ciblés (rein, œil, cerveau, foie...). Un médecin anime cet atelier.

L'activité sportive, 1 session

Il y est essentiellement abordé la définition d'une activité sportive, d'une activité physique, notamment le temps qu'il faut y consacrer. Les soignants posent des questions ouvertes sur l'activité physique de chacun, les patients écrivent sur un papier ce à quoi cette notion les renvoie (notamment la marche en forêt, le jardinage...).

Sont pris en compte également les autres pathologies de certains patients, comme l'arthrose, l'insuffisance cardiaque, qui peut compromettre le temps consacré à l'activité. Un médecin et une infirmière animent cet atelier.

2. Critères d'évaluation

a. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la comparaison de l'HbA1c avant ETP et 6 mois après.

b. Critères de jugements secondaires

Cinq critères de jugement secondaires étaient évalués. Les critères de jugement secondaires étaient : la comparaison de l'HbA1c initiale et à 12 mois sur l'ensemble de la cohorte, l'évolution de l'HbA1c en sous-groupes (selon le traitement antidiabétique) à 6 mois et 12 mois, l'évolution du moral des patients, le suivi cardiologique par le cardiologue habituel.

Nous avons défini 2 sous-groupes : un premier correspondant aux patients avec un seul traitement antidiabétique (34 patients à 6 mois, 32 patients à 12 mois), et un second correspondant aux patients ayant au moins deux traitements, dont l'insuline (19 patients). Nous avons comparé l'évolution de l'HbA1c, définie par sa valeur à 6 mois après ETP moins celle avant ETP, pour ces deux sous-groupes. Nous avons effectué la même analyse pour l'HbA1c à 12mois.

Le moral des patients était estimé sur une échelle visuelle d'automesure continue

allant de 0 à 10 (0 comme étant le moral le plus mauvais, 10 le meilleur). Cette échelle était proposée aux patients lors de l'évaluation initiale, juste avant les ETP, puis lors de l'évaluation post-ETP, c'est-à-dire à 6 mois. Ces deux valeurs ont été comparées.

La proportion de patients ayant consulté un cardiologue dans l'année précédant le premier atelier, et celle dans l'année suivant le premier atelier, ont été calculés. Il s'agit d'une consultation de suivi par le cardiologue libéral habituel du patient, dans le cadre du suivi global du diabète.

3. Analyses statistiques

L'ensemble des statistiques analytiques ont été effectuées sur le logiciel JMP7®. Les critères de jugements principaux et secondaires, étant des variables quantitatives, appariés, dans une étude rétrospective, ont été comparés par un test de Wilcoxon.

Les analyses descriptives ont été réalisées sur Microsoft Excel®.

III. RESULTATS

1. Population de l'étude

La population incluse correspondait aux 66 patients ayant participé aux 11 sessions d'ETP. Parmi ces 66 patients, 4 n'ayant pas été suivis par un médecin généraliste de la MSP ont été exclus. Sur les 62 patients, les données étaient manquantes pour 9 patients, 53 patients ont donc été analysés (Figure 1).

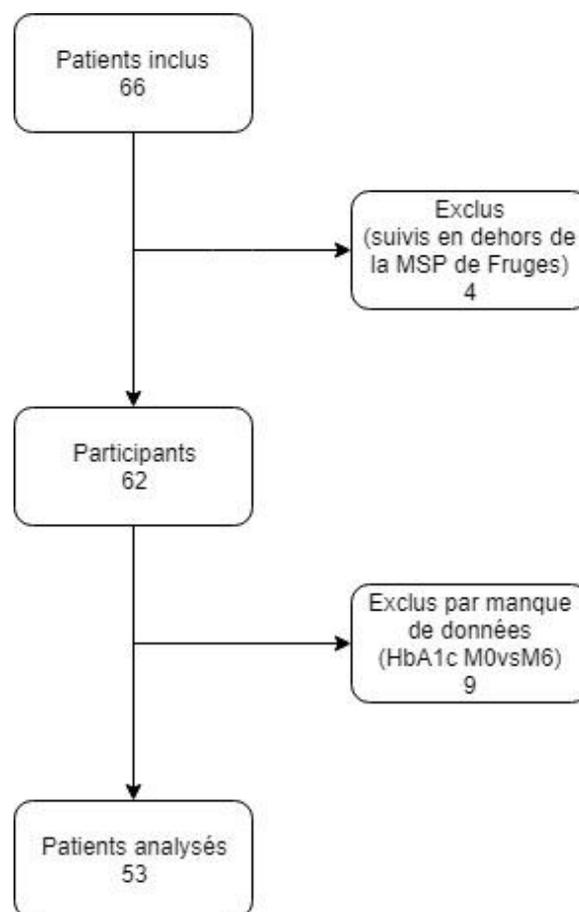


Figure 1 : Diagramme de flux. HbA1c : hémoglobine glyquée. MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire. M0 : avant l'ETP. M6 : 6 mois après l'ETP.

La population étudiée avait un âge moyen de $62,5 \pm 10,2$ ans, pour une médiane de 62 ans. Il y avait 22 hommes soit 41.5% de la population. Les caractéristiques de la population et de leur pathologie, à la date du premier atelier d'ETP, ont été reprises dans le tableau 1.

Tableau 1 : Critères démographiques à l'inclusion.

	Population analysée (n=53)
<u>Caractéristiques démographiques</u>	
Sexe masculin, n (%)	22 (41.5)
Sexe féminin, n (%)	31 (58.5)
Sex ratio	0.71
Age, moyenne ± écart-type	62.5 ± 10.2
Echelle de moral, moyenne ± écart-type	6.7 ± 2.2
<u>Antécédents</u>	
HTA, n (%)	40 (75.5)
Dyslipidémie n (%)	22 (41.5)
Tabagisme n (%)	8 (15.1)
Micro-angiopathie n (%)	6 (11.3)
Macro-angiopathie n (%)	14 (26.4)
Evènement cardiovasculaire (IDM, AVC, FA)	11 (20.8)
Autres antécédents n (%)	21 (39.6)
<u>Caractéristiques du diabète</u>	
Traitements	
Insulinothérapie, n (%)	8 (15.1)
1 antidiabétique autre, n (%)	36 (67.9)
2 antidiabétiques autres, n (%)	11 (20.8)
3 antidiabétiques autres, n (%)	5 (9.4)
4 antidiabétiques autres, n (%)	1 (1.9)
Médecin traitant	
Dr Delette	25 (47.2)
Dr Bonneville	10 (18.9)
Dr Cassagne	10 (18.9)
Dr Duflos	8 (15.1)
Suivi par un endocrinologue	2 (3.8)
HbA1c, moyenne ± écart-type	7.3 ± 1.3
GAJ, moyenne ± écart-type	1.5 ± 0.5
n : nombre de patients. HTA : hypertension artérielle. IDM : infarctus du myocarde. AVC : accident vasculaire cérébral. FA : fibrillation atriale. HbA1c : hémoglobine glyquée. GAJ : glycémie à jeun.	

2. Critère de jugement principal, évaluation de l'HbA1c à 6 mois

L'ensemble des 53 patients a été évalué pour le critère de jugement principal. Avant réalisation de l'ETP par les patients, l'HbA1c était en moyenne de 7.3 ± 1.3 %. Après réalisation de l'ETP, l'HbA1c évaluée 6 mois avait une moyenne à 7.0 ± 1.0 %. Ces deux valeurs ne différaient pas ($p = 0.6505$). Les résultats du critère de jugement principal sont montrés dans la figure 2.

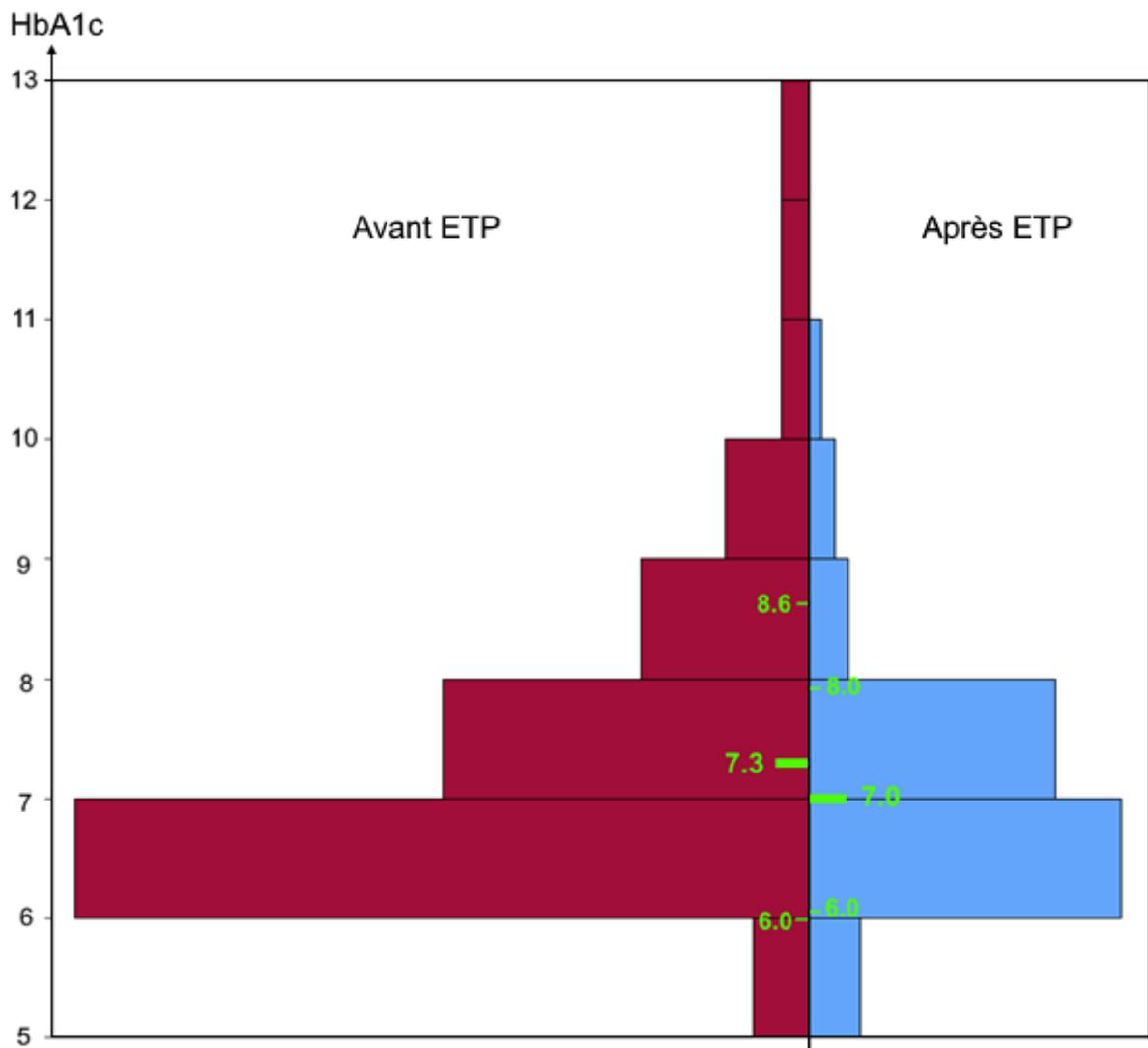


Figure 2 : Histogramme du critère de jugement principal. Avant ETP : HbA1c avant l'ETP. Après ETP : HbA1c à 6 mois après l'ETP. Moyenne et écart-type en vert. HbA1c : hémoglobine glyquée. ETP : éducation thérapeutique du patient.

Pour 26 patients, soit 49.1% des patients, l'HbA1c initiale était strictement plus élevée que l'HbA1c à 6 mois.

3. Evaluation des critères de jugement secondaires

a. Evaluation de l'HbA1c à 12 mois

Les données étaient manquantes pour 2 patients, 51 ont donc pu être analysés pour l'évolution de l'HbA1c à 12 mois.

La valeur moyenne de l'HbA1c à 12 mois était à 7.1 ± 1.0 %, soit une diminution de 0.2 points. Elle ne différait pas de la valeur initiale ($p=0.1563$).

L'évolution de l'HbA1c avant l'ETP, à 6 mois et à 12 mois après l'ETP montrait une évolution favorable initiale, puis une augmentation par la suite (figure 3).

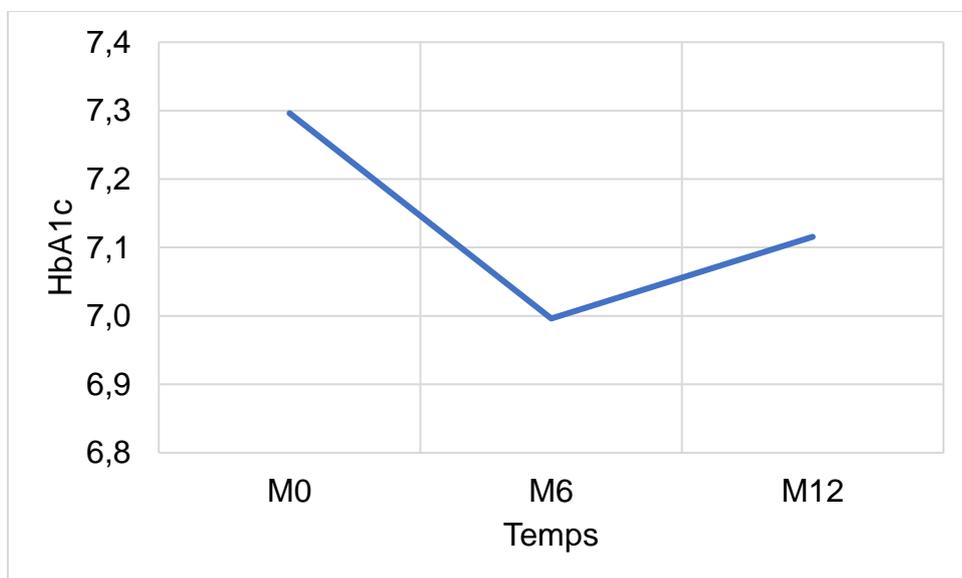


Figure 3 : Evolution de l'HbA1c sur un an. Avant l'ETP (M0), à 6 mois après l'ETP (M6) et à 12 mois après l'ETP (M12). HbA1c : hémoglobine glyquée en %.

b. Comparaison de l'évolution de l'HbA1c à 6 mois en sous-groupe

Chez 34 patients traités par un seul antidiabétique, l'HbA1c diminuait en moyenne de 0.25% sur le contrôle à 6 mois après l'ETP. Cette valeur était différente des 19 autres patients (sous-groupes plusieurs antidiabétiques), avec une diminution moyenne de 0.39% de l'HbA1c ($p = 0.0280$) (figure 4).

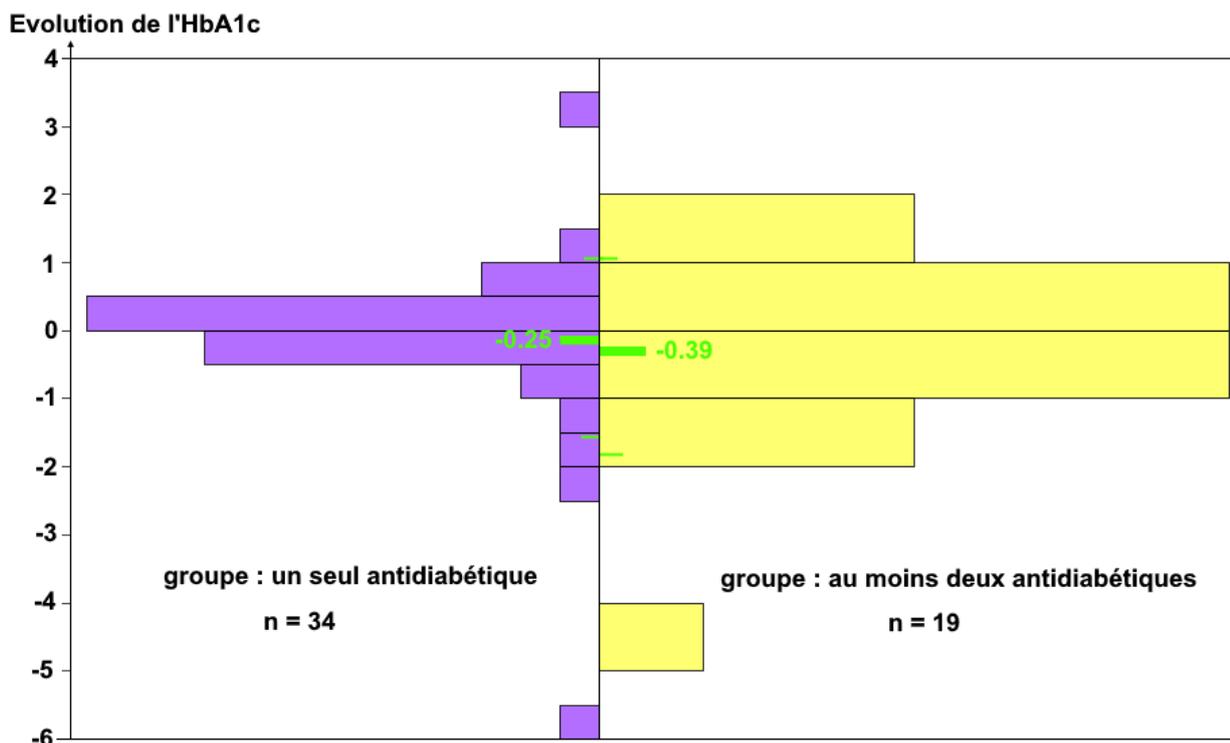


Figure 4 : Evolution de l'HbA1c en sous-groupe de traitement antidiabétique. Groupe traité par un seul antidiabétique (34 patients) en violet. Groupe traité par au moins deux antidiabétiques (19 patients), en jaune. Moyennes en vert. n = nombre de patients.

c. Comparaison de l'évolution de l'HbA1c à 12 mois en sous-groupe

Chez 32 patients avec une monothérapie antidiabétique, l'HbA1c diminuait en moyenne de 0.28% sur le contrôle 12 mois après l'ETP. Cette valeur ne différait pas des 19 autres patients ayant plusieurs antidiabétiques, avec une diminution moyenne de 0.07% (p = 0.2619).

L'évolution de l'HbA1c en sous-groupes sur un an est reprise dans la figure 5.

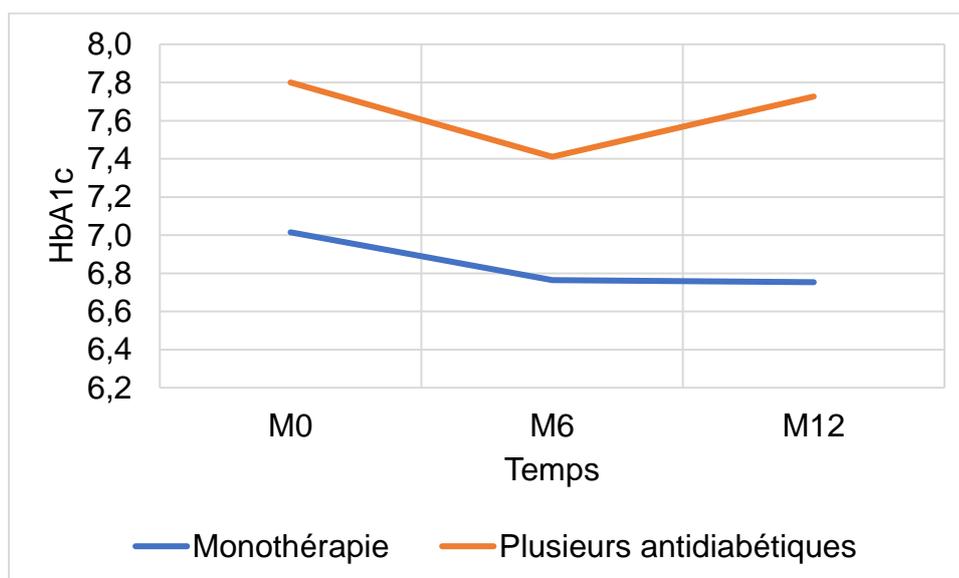


Figure 5: Evolution de l'HbA1c sur un an. Avant l'ETP (M0), à 6 mois après l'ETP (M6) et à 12 mois après l'ETP (M12), en fonction des sous-groupes. HbA1c : hémoglobine glyquée en %.

d. Echelle de moral à 6 mois

Sur les 53 patients, 19 patients ont pu être évalués sur une automesure juste avant le premier atelier d'ETP et à 6 mois de celui-ci.

Le moral moyen avant les ETP était de 6,7/10. Le moral moyen après les ETP était de 7,2/10. Ces valeurs ne différaient pas ($p=0.6915$).

e. Comparaison du nombre de visites chez le cardiologue habituel

Vingt patients ont rencontré leur cardiologue dans les 12 mois précédent le premier atelier d'ETP, ce qui a représenté 37,73% des patients. Dans les 12 mois suivant le premier atelier d'ETP, dix-huit patients ont rencontré leur cardiologue, ce qui a représenté 33,96% des patients.

IV. DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

Ces résultats semblent indiquer, si l'on prend en compte l'ensemble des patients, que l'intervention de l'ETP au sein de la prise en charge globale du diabète de type 2 n'est pas significative. Sur les HbA1c moyennes, à 6 ou 12 mois, que ce soit sur l'ensemble de la cohorte, ou le sous-groupe « une seule molécule » il n'a pas été constaté d'amélioration.

Un seul résultat est apparu significatif : le sous-groupe « plusieurs molécules antidiabétiques » montrait une amélioration de l'HbA1c à 6 mois. Néanmoins il est constaté une hausse de l'HbA1c à 12 mois sur les deux sous-groupes.

Lorsque l'on regarde les résultats entre 6 et 12 mois concernant l'HbA1c de l'ensemble de la cohorte, on remarque que la moyenne a tendance à augmenter, ce qui laisse prédire un retour à l'HbA1c pré-ETP, avec un effet temporaire de l'ETP sur l'HbA1c.

Les résultats de l'analyse en sous-groupe retrouvent une influence semblant plus positive de l'ETP chez les patients ayant au moins deux antidiabétiques, donc avec une évolution naturelle du diabète plus avancée, ou un diabète déséquilibré à priori. On est en mesure de se demander, si ces patients n'ont finalement pas eu une escalade thérapeutique à cause d'une mauvaise hygiène de vie, qui a pu être améliorée grâce aux ETP. La question de réaliser à distance des bilans ou des séances de rappels afin de faire le point avec les patients sur leur maladie chronique peut donc se poser.

La question de choisir le délai le plus judicieux entre les HbA1c comme critère de jugement principal, c'est-à-dire comparer l'HbA1c pré ETP à celle de 6 mois ou 12 mois, s'est posée. Il a finalement été retenu celle de 6 mois comme critère de jugement principal, l'évaluation post-ETP se faisant à 6 mois des ateliers, afin de conserver une certaine cohérence vis-à-vis de la législation générale de ces ateliers.

Réaliser trois sous-groupes afin d'isoler les patients sous insuline des autres patients a été envisagé lors de l'étude. Cela aurait donné, à 6 mois, un sous-groupe « une seule

molécule hors insuline » de 34 patients, un sous-groupe « plusieurs molécules hors insuline » de 11 patients, et un sous-groupe « insuline » de 8 patients. Cela n'a pas été réalisé car sur une telle étude rétrospective, il apparaissait peu judicieux de comparer un groupe de 34 patients versus 11 et 8 patients.

Le moral des patients n'a pas été influencé par les ETP de manière significative. Néanmoins à la MSP de Fruges, le moral est évalué de manière globale avec une échelle unique d'automesure ; ce paramètre peut cependant être influencé par nombre de facteurs, n'ayant peu ou pas de rapport avec les ETP.

Le pourcentage de patients ayant été consulter leur cardiologue de ville habituel n'a que peu varié, avec une tendance à la baisse, passant de 37.73% à 33.96% de visites sur l'année précédant l'ETP versus celle suivant l'ETP.

A noter que seulement 2 patients ont un suivi endocrinologique sur les hôpitaux proche de la MSP. L'explication possible à ce type de suivi est la réticence des patients de cette région à se rendre dans un centre hospitalier, en partie due aux temps de trajet (35 minutes de route jusqu'au centre hospitalier de Saint Omer, 45 minutes jusqu'au Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer (CHAM)). De plus dans le temps des ETP de cette étude, l'offre d'endocrinologues hospitaliers restait très faible, avec un délai d'attente de 6 à 9 mois. Seul le centre hospitalier de Boulogne sur Mer proposait des consultations spécialisées (55 minutes de trajet). Actuellement des consultations ont été ouvertes à Saint Omer, et au CHAM, ce qui n'était pas le cas en 2014.

La répartition par médecin traitant montre une majorité de patients suivis par le Dr DELETTE. Cela s'explique par l'ancienneté d'installation (35 ans), le Dr BONNEVILLE est également médecin coordonnateur à l'EHPAD de Fruges (diminuant ainsi son activité à la MSP), le Dr DUFLOS a une activité partagée avec la MSP et d'autres structures, et le Dr CASSAGNE s'est installé plus récemment que le Dr DELETTE (8 ans). Cette répartition de patients est donc justifiée par les volumes horaires de travail et l'ancienneté de chacun des

praticiens.

2. Forces de l'étude

Nous avons recueilli des données cliniques et biologiques, pour des patients en vraie vie, en dehors d'essais cliniques, augmentant ainsi la validité externe de l'étude. Avec les critères d'exclusion, 80.3% de la population initiale a pu être évalué, augmentant ainsi la validité interne de l'étude.

L'HbA1c, comme critère de jugement principal, est un critère reproductible et validé, utilisé en pratique courante dans le suivi du diabète pour juger de l'efficacité de la prise en charge. Ainsi, l'étendre à l'évaluation des ETP, comme réalisé avec les thérapeutiques médicamenteuses, augmente la robustesse des résultats.

L'importance du nombre de patients n'étant suivi qu'en libéral (96.2%), permet d'avoir accès à une population généralement peu étudiée dans les articles scientifiques. Comme expliqué ci-dessus, la localisation géographique de Fruges et la réticence des patients expliquent que le suivi n'est que très rarement réalisé en centre hospitalier.

Le pourcentage de patients sous insuline était similaire aux données de la littérature. En effet en 2016, 14.5% de la population diabétique française était traitée par insuline [3]. Cette étude comportait 15.1% de patients sous insuline.

Les ETP diabète tels que nous les connaissons n'ayant débuté que très récemment en France (2009) [5], réaliser une étude proche du début « légal » de ces ateliers, nous permet d'avoir une vision de l'efficacité de ces ateliers rapide, plutôt qu'un résultat à distance (10 voire 15 ans), afin de « corriger » d'éventuels défauts.

3. Biais

Le biais principal de toute étude rétrospective, est celui du recueil de données. En effet, 14.3% des patients ont été exclus par manque de données. La collecte des données a été gênée en partie par certains dossiers informatisés incomplets, notamment dû au

changement de logiciel médical, et en partie par la consultation de dossiers papiers, dont certains n'ont pas pu être récupérés. Certains dossiers étaient incomplets, les patients reconvoqués pour leur évaluation post-ETP s'y sont présentés sans dossier, ou avec des dossiers incomplets (évaluation pré ETP incomplète, ne peut être faite en post ETP par exemple). Des données biologiques indépendantes de la collecte des dossiers papiers n'ont pas été retrouvées dans les dossiers médicaux : les patients ne les ont pas faits, ou ces mesures ont été réalisées lors d'hospitalisations pour des motifs divers.

Le nombre de sujets étudié dans notre étude est faible devant la prévalence du diabète. Avec seulement 53 patients analysés, il est légitime de se demander si l'absence de résultat significatif est une conséquence, ou non, du manque de puissance de l'étude. Nous noterons ainsi que bien que le résultat du critère de jugement principal n'était pas significatif, la baisse moyenne de l'HbA1c à 6 mois était de 0.3 point.

Cette maladie chronique nécessite également une période d'étude plus longue, sur quelques années, et non seulement 12 mois comme nous avons dû le faire. Il est important de rappeler que de nombreux facteurs confondants peuvent intervenir : le niveau socioéconomique, le traitement du patient, le stade du diabète. L'évolution du diabète dépend de plusieurs facteurs, l'influençant positivement ou négativement, et ces variables doivent donc être prise en compte dans l'évaluation de l'efficacité de sa prise en charge (médicamenteuse ou non) : le patient a-t'il changé de traitement ? De médecin ? A-t'il bénéficié d'un suivi endocrinologique ? A-t'il vu une émission de télévision qui a influencé son regard sur la maladie ? Fait-il du sport, à quel rythme, a-t'il commencé, arrêté ? Son mode de vie au sens large a-t'il changé (célibataire, en couple, conception et composition des repas ?), l'impact culturel a-t'il son importance ?

Dans une étude prospective, nous aurions favorisé une analyse multivariée, avec la modification du traitement de fond, la modification du mode de vie, ou tout autre évènement intercurrent.

Les patients de cette étude étaient âgés, avec une moyenne à 62.5 ans, s'expliquant en partie par les jours et horaires des ateliers (mardi ou vendredi, 11h ou 14h), ne permettant pas à une population active d'y participer. Des horaires d'ETP avaient initialement été proposés le samedi matin afin d'accueillir des patients plus jeunes, actifs en semaine, mais cette option n'a rencontré que peu d'avis favorables et n'a donc pas été retenue. Toutefois, le diabète de type 2 étant une maladie se diagnostiquant souvent après 50 ans [1], cela peut également expliquer l'âge moyen des patients de cette étude (à noter que le patient le plus jeune avait 41 ans).

Un autre biais de sélection à relever était l'absence de sujets naïfs de traitement. En effet, une part non négligeable du traitement du diabète consiste en la maîtrise des règles hygiéno-diététiques, qui à elles seules peuvent suffire à ralentir l'évolution naturelle de cette pathologie. L'impact des ETP sur ces patients est donc inconnu.

L'évaluation du moral des patients, critère qualitatif, a été simplifiée sur une échelle quantitative de 0 à 10, afin de mesurer l'impact des ETP sur cette variable. Pourtant, le moral des patients est influencé par nombre de facteurs, personnels, familiaux, iatrogéniques, limitant l'appréciation de cette donnée. De plus, la catégorie « autres antécédents » des caractéristiques des patients (tableau 1) comportait une part de syndromes dépressifs résolus ou en traitement pendant le temps de l'étude, pouvant directement influencer le moral du patient, sans que le syndrome dépressif ne soit à point de départ du diabète. Cette évaluation a également été fortement impactée par le manque de données, avec seulement 19 patients évalués sur 53 (35.8%).

Les consultations chez le cardiologue ont pu être sous-estimées. En effet, le nombre de consultations chez le cardiologue a pu être faussement bas, car certains patients ont bénéficié d'hospitalisation dans des services de cardiologie conventionnelle, voire en unité de soins intensifs cardiologiques, sans consultation chez leur cardiologue habituel au décours.

Dans cette étude sont évalués des patients vivants dans une région rurale, le canton de Fruges, il n'est donc pas possible d'extrapoler ces résultats à une population urbaine, qui sera peut-être prise en charge différemment.

Enfin, cette étude n'étant pas un essai thérapeutique, il n'est pas possible de conclure sur l'efficacité de l'ETP. Bien que nous ayons comparé l'évolution de l'HbA1c avant et après mise en place de l'ETP, en sous entendant que chaque patient serait son propre témoin, il n'y avait pas de groupe contrôle. La part de l'effet placebo ne peut être mesurée.

4. Comparaison des résultats avec la littérature

Une thèse réalisée d'octobre 2014 à avril 2016, en Saône-et-Loire et Côte d'Or, qui reprend essentiellement l'évolution de la qualité de vie des patients avant et après ETP souligne l'importance notamment de la présence ou non d'un conjoint, ainsi que du contexte de vie ; l'implication de l'ETP a permis une amélioration du moral et de la qualité de vie des patients de manière significative [12], ce qui n'a pas été le cas dans notre étude. Néanmoins dans ce travail la qualité de vie a été évalué sur nombre de critères, et non pas sur une échelle d'automesure unique comme ici.

Une thèse réalisée dans la région Dieppoise met en exergue l'importance des ETP dans la prise en charge « hors hôpital » des patients, via les connaissances des médecins généralistes de cette région vis-à-vis de ce système et de son antenne locale MAREDIA. Il en ressort un mélange hétérogène des données, car si les médecins interrogés soulignent l'importance des ETP comme pilier de la prise en charge du diabète, ils ne l'emploient que peu (manque de temps, de compréhension des patients, absence de rémunération) [13].

Une étude prospective sur une ETP réalisée à Montpellier portant sur une comparaison d'un questionnaire avant/après ETP à 6 mois d'intervalle, sur 427 patients, a montré une amélioration significative des GAJ et des HbA1c des patients. Cette étude montre également que les patients ont amélioré leurs connaissances et adopté une attitude plus positive face à la maladie [14], montrant l'importance d'une éducation thérapeutique

dans cette pathologie, mais aussi la nécessité d'études sur de plus grandes cohortes.

Une étude réalisée aux Pays-Bas en 2004 présentait dans le temps des évolutions d'HbA1c similaires à notre étude : il s'agissait d'une cohorte prospective de patients diabétiques de type 2 avec traitement oral maximal et une HbA1c supérieure à 7%. Ces patients nécessitaient au moment de l'étude de l'insuline. De manière randomisée ils ont été assignés à 2 groupes : un groupe comportant une éducation thérapeutique individuelle par une infirmière en diabétologie, d'une durée de 6 mois, et un groupe qui était suivi de manière « conventionnelle » par leur médecin traitant. 6 semaines après l'intervention il a été constatée une diminution significative de l'HbA1c dans le groupe ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique par rapport au groupe au suivi conventionnel. A 12 mois de l'intervention les HbA1c ont été de nouveau comparées, et mettait en évidence une perte des effets bénéfiques de l'éducation. Cette étude concluait à l'intérêt de l'éducation thérapeutique et de rappels réguliers dans les soins du diabète [15].

5. Les ETP en Europe

En Union Européenne, les ETP sont généralement considérées comme faisant partie intégrante du traitement du diabète, mais la stratégie d'éducation est très variable [16]. Dans nos recherches il n'a pas été trouvé d'études comparatives précises sur l'efficacité des différentes ETP dans chaque pays. A titre d'exemples, trois pays proches de la France ont été étudiés.

En Angleterre existent des ETP organisées par des associations qui ne sont pas directement liées au corps médical, proposant des formations en petits groupes de 10 personnes. Ce sont des séances d'une durée variable animées par un éducateur, qui se déroulent sur plusieurs semaines. L'inscription à ces séances nécessitent d'en parler à son médecin généraliste, son diabétologue ou son infirmière de diabétologie. Ces programmes (ASPIRE, BERTIE, DESMOND, etc) s'adressent selon leurs objectifs aux personnes diabétiques de toutes sortes (type 1, type 2, sous insuline, formation sur les règles hygiéno

diététiques, etc) [17].

En Allemagne les ETP sont gérées par la Verband der Diabetes-Beratungs und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) ; il s'agit d'une association formant des éducateurs et des assistants en diabète, qui ne font pas partie du corps médical allemand, et qui réalisent des ateliers d'ETP, basés sur des missions successives auprès du patient diabétique, ainsi que de ses proches [18].

En Belgique, l'approche de l'éducation thérapeutique est différente. Depuis 2009 existent des « trajets de soins » permettant de coordonner la prise en charge, le traitement et le suivi des patients atteints de maladie chronique. Ils sont d'une durée de 4 ans, et permettent d'obtenir une prise en charge équivalente à l'ALD française : remboursement intégral des consultations chez le médecin traitant et le spécialiste, accès à des consultations chez une diététicienne et un podologue, rencontre avec une infirmière en diabétologie. Toutes ces prestations sont soumises à prescription médicale et à l'accord de la mutuelle du patient. De plus pour intégrer ce trajet de soins il est nécessaire de rentrer dans la liste des critères définis par l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité). Il existe également un « pré-trajet de soins », existant depuis mai 2018, visant à encadrer le plus tôt possible les patients diabétiques. L'entrée est soumise à des critères stricts, ouvrant alors un suivi par son généraliste, qui établit avec le patient un programme d'éducation sur mesure. Sur prescription médicale le patient ne paie que le ticket modérateur sur une prise en charge qui se veut multidisciplinaire, avec des interventions en groupe ou en individuel [19].

V. CONCLUSION

Ainsi, Les ETP à eux seuls ne peuvent correspondre directement à une baisse de l'HbA1c ; en effet, de multiples facteurs rentrent en ligne de compte : âge du patient, compréhension de la maladie et adaptation du mode de vie, modification de ce dernier, adaptation et modification du traitement, influence des discussions avec l'entourage, des conseils vus à la télévision, des discussions avec médecin traitant et infirmiers, des maladies intriquées ou intermittentes... néanmoins il est à noter que leur intervention, du moins dans une population traitée par plusieurs molécules et dans les premiers mois suivants les ateliers, a une influence positive sur le diabète.

Actuellement la Médecine Générale prend un virage s'orientant de plus en plus vers la prévention, notamment au travers de ces ateliers d'ETP, que ce soit dans le diabète ou dans d'autres pathologies. Néanmoins les progrès à faire pour influencer de manière forte et significative la prise en charge de cette maladie sont encore très importants, au regard de ces résultats dans la MSP de Fruges, mais tout porte à croire que ces ETP prendront une place de plus en plus essentielle dans le suivi global du patient.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Diagnostic du diabète, A.Grimaldi, AKOS (traité de Médecine), Doi 10,1016/S1634-6939(12) 49753-8.

[2] Secondary failure to treatment with oral antidiabetic agents in non-insulin-dependant diabetes, L.C. Gorrp, R. Pelkonen, S. Koskimies, G.F. Bottazzo, D. Doniach, diabetes care, 1986 Mar-Apr ;9(2) :129-33.

[3] Epidémiologie du diabète, D. Simon, Endocrinologie-Nutrition [51211].

[4] Education thérapeutique, C. Tourette-Turgis, C. Isnard Bagnis, Néphrologie [18-067-B-10].

[5] Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patient, Santé, Territoires, Article L1161-2. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 84.2009.

[6] La loi sur l'éducation thérapeutique : où en sommes-nous ? B. Chardonnel, Médecine des maladies métaboliques, Vol 4 N°1, février 2010, pp18-24.

[7] Education thérapeutique et santé publique : questions croisées, L. Gerbaud, Annales médico psychologiques, vol 173 N°1, février 2015, pp 106-112.

[8] Education thérapeutique du patient : vers une démarche raisonnée, J.Iguenane, Revue des Maladie respiratoires, Vol 22 N°3, juin 2005, pp539-540.

[9] INSEE données 2012-2013, site internet de l'INSEE, disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/253441>.

[10] étude OTUS (Observatoire Territorial des Usagers de la Santé) Recueil de leur parole, canton de Fruges – Hucqueliers : rapport définitif 2015, ARS et le Conseil Régional du Nord - Pas de Calais.

[11] La maison de santé pluridisciplinaire de Fruges, projet de santé validé en 2012.

[12] Evolution de la qualité de vie des patients diabétiques de type II après éducation thérapeutique, R. Galea, Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine, Faculté de Médecine de Dijon, 23 septembre 2016.

[13] Education 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, E. Boust, Faculté de Médecine de Rouen, septembre 2014.

[14] Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour diabétiques de type 2 en médecine libérale, C. Boegner, A. Fontbonne, M.F. Grad Vidal, P. Mouis, L. Monnier, diabetes& ; Metabolism vol 34 n3, juin 2008, pp 243-249.

[15] Long-term effects of self-management education for patients with Type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy : a randomised trial in primary care, A.N. Gouswaard, R.P. Stolk, N.P. Zuithoff, H.W. de Valk, G.E. Rutten, Diabetic Medicine vol

21(5), 2004, 491-6.

[16] Comparative analysis of diabetes self-management education programs in the European Union Member States, S. Saha, H. Riemenschneider, G. Müller, D. Levin-Zamir, S. Van den Broucke, P.E.H. Schwarz, Primary Care Diabetes, june 2017, pp529-537.

[17] Diabetes Education, disponible : <https://www.diabetes.co.uk/education/>

[18] Verband der Diabetes-Beratungs und Schulungsberufe in Deutschland, disponible : <http://vdbd.de/>

[19] Association Belge du Diabète, disponible : <https://www.diabete-abd.be/>

ANNEXES

Annexe 1 : autorisation de la CNIL

Bonjour Monsieur,

Dans la mesure où vous ne disposez pas de données identifiantes de patients, et dans la mesure où vous avez anonymisé à la source ces données. C'est à dire au moment de la collecte, Vous n'êtes pas soumis aux formalités préalables liées à la loi Informatique et Libertés.

Bien cordialement

JL Tessier

Jean-Luc Tessier

Délégué à la Protection des Données

Université de Lille

jean-luc.tessier@univ-lille.fr

42, rue Paul Duez - 59000 Lille

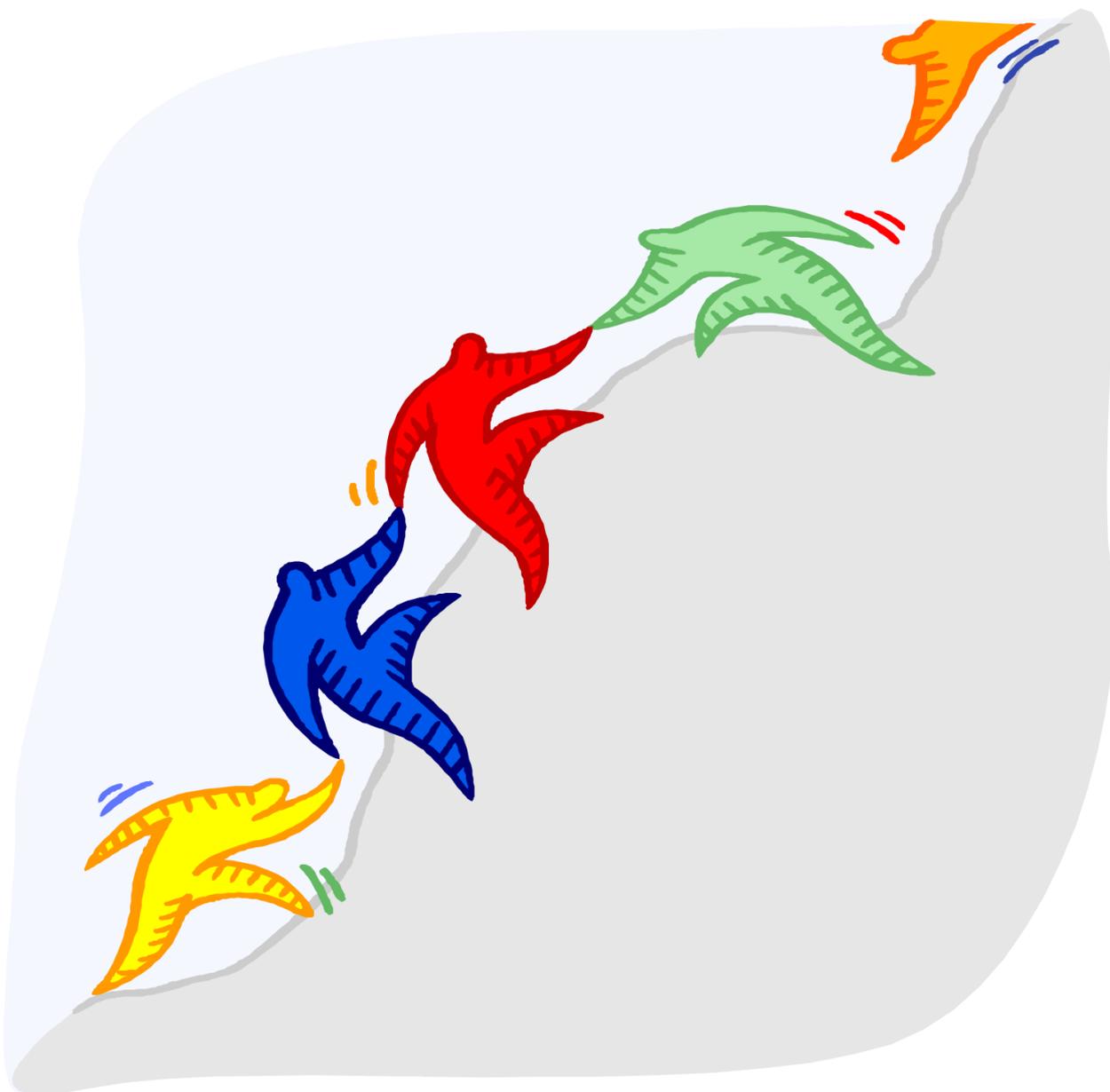
Tél. +33 (0)6 17 54 67 31

Tél. +33 (0)3 62 26 92 50

Annexe 2 : Dossier ETP diabète de la MSP de Fruges



MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE



Maison de santé Pluridisciplinaire-1, avenue François Mitterrand-BP 20- 62310 FRUGES
03/21/03/10/31

Planning(à remplir et à laisser dans de dossier d'éducation thérapeutique)

Nom :

Prénom :

Dates	Heures	Entretiens, rendez-vous, séances,.....
		Diagnostic éducatif Dr Delette
		Dextro/insuline Dr Bonneville et Jérôme Cauhet
		L'alimentation Anne Grémont et Dr Cassagne
		L'alimentation Anne Grémont et Dr Cassagne
		Les complications Dr Delette et Fabien Duquenne
		L'activité physique Emmanuel Lakotko et Jérôme Cauhet

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Domicile :

Portable :

Pathologie :

Traitement en cours :

.....

.....

Médecin traitant : :

Adresse :

Infirmier :

Kiné :

Diététicienne :

Pharmacien :

Autres :

PRISE EN CHARGE SOCIALE :

Caisse d'Assurance Maladie :

Mutuelle :

100% pour le diabète : oui non

Programmes d'éducation thérapeutique

CHARTRE DU PATIENT

Demande de participation aux programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient

J'ai pris connaissance des conditions de déroulement et des objectifs des programmes :

- Mieux comprendre ma maladie et ses différents traitements
- Mieux adapter mon alimentation et mon activité physique
- Mieux identifier mes propres facteurs de risque et les signes d'alerte

CONSENTEMENT ET POSSIBILITÉ DE SORTIE DU PROGRAMME

- Je demande à participer à ces séances d'éducation thérapeutique de groupe dans les conditions qui m'ont été présentées
- J'ai la possibilité de sortir du programme à tout moment sans préjudice d'aucune nature.

PROTECTION DES DONNÉES INDIVIDUELLES CONFIDENTIELLES ET RESPECT DES PERSONNES

Au cours de ce programme, les participants peuvent être amenés à connaître des éléments d'ordre personnel ou privé. Afin que chacun puisse s'exprimer en confiance, il convient que tous soient assurés du respect de la confidentialité de ces informations. Chacun s'engage donc à respecter cette confidentialité et à ne pas divulguer ou à n'utiliser aucune des informations qu'il aurait été amené à connaître au cours des séances.

Le cadre éthique de cette action impose à chacun le respect de la dignité des personnes et l'exclusion de toute attitude discriminatoire.

- Dans le cadre de ce programme, mon dossier éducatif personnel contenant des informations confidentielles me concernant est ma propriété et ne peut être transmis à des interlocuteurs que par mon intermédiaire
- J'accepte que les informations me concernant soient utilisées dans le cadre de l'évaluation du programme après avoir été rendues anonymes. En aucun cas ces informations personnelles, nécessaires au suivi du programme, ne pourront être utilisées en dehors de son contexte ni cédées. Elles n'auront aucune conséquence sur les conditions de ma prise en charge.
- Je m'engage à ne pas révéler ni utiliser les informations concernant les participants que j'aurais apprises ou comprises au cours de ma participation au programme.

- J'accepte l'hébergement des données me concernant via le logiciel médical : Medi+4000 de CLM (Cegedim Logiciels Médicaux), et l'accès à ces données par mon médecin traitant et l'équipe d'ETP.

Nom et prénom :

Fait à le

Signature :

CHARTE DE DÉONTOLOGIE

Article 1^{er} : Équité

L'éducation thérapeutique est proposée à tous les patients qui en ont besoin. Elle doit contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Article 2 : Liberté de choix

La personne malade peut librement choisir d'entrer ou non dans un programme d'éducation thérapeutique. Elle peut le quitter à tout moment, sans que cela puisse constituer, de la part de l'équipe soignante, un motif d'interruption du suivi médical ou de la thérapeutique. Cette liberté de choix suppose notamment que toute personne malade soit informée de l'ensemble des programmes d'éducation thérapeutique susceptible de la concerner (à savoir : les programmes d'éducation thérapeutique proposés par l'équipe soignante mais aussi les programmes d'éducation thérapeutique proposés par d'autres équipes soignantes). Cette information porte également sur les soutiens psychologiques et sociaux mis en place.

Article 3 : Autonomie

L'intérêt des personnes atteintes de maladie chronique, le cas échéant de leur entourage, est pris en compte en leur permettant d'être véritablement des acteurs et non seulement des bénéficiaires du programme. Ainsi, la démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne.

Article 4 : Respect de la personne et impartialité

Une prise en charge globale de chaque patient est assurée. Aucune discrimination ne doit être

faite, notamment en raison de l'identité culturelle, le mode de vie, l'appartenance idéologique, les croyances spirituelles, les pratiques en santé, les prises de risque et l'orientation sexuelle des patients.

Article 5 : Confidentialité des informations concernant le patient

Aucune information n'est partagée, sans l'accord du patient, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante.

Article 6 : Transparence sur les financements et l'usage des données individuelles

Dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique du patient, la Maison de Santé précise à l'ARS les différentes sources de financement dont elle bénéficie.

L'exploitation des données individuelles des patients doit respecter les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données collectées sont les suivantes : bilan éducatif initial, objectifs thérapeutiques, suivi des séances, évaluation du programme. Les droits d'information du patient, celui-ci bénéficiant à tout moment d'un droit d'accès et de rectification sur les données informatisées le concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Article 7 : Promotion d'une éducation thérapeutique répondant aux critères qualité de la HAS

Les programmes d'éducation thérapeutique mis en place sont en particulier :

Centrés sur le patient et ses proches

Intégrés aux soins .Les droits d'information du patient, celui-ci bénéficiant à tout moment d'un droit d'accès et de rectification sur les données informatisées le concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Concernent la vie quotidienne du patient

Réalisés par des professionnels (infirmiers, médecins, diététicienne, kiné) formés par une formation validée par l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas de Calais

Réalisés en équipe multi professionnelle et interdisciplinaire

Article 8 : Confraternité

Les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de patients dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. L'activité des professionnels est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients.

Article 9 : Respect du champ de compétence entre intervenants en éducation thérapeutique

Chaque professionnel de santé intervient dans le respect des compétences des autres professionnels de santé.

Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

Article 10 : Déroulement du programme

Le patient est orienté dans un programme d'éducation thérapeutique par son médecin traitant.

Un bilan éducatif initial est fait par un professionnel de santé formé à l'ETP.

De ce bilan, des objectifs thérapeutiques sont fixés avec le patient.

Les objectifs thérapeutiques sont transmis au médecin traitant et validés par ce dernier.

Le patient participe à 5 ateliers animés par deux professionnels de santé formés à l'ETP (ateliers de groupe).

3 à 6 mois après la fin du programme, une évaluation du programme est faite par le médecin traitant ou un des membres de l'équipe d'ETP.

De nouvelles séances peuvent être éventuellement proposées en fonction de l'évaluation.

CHARTRE DE CONFIDENTIALITÉ
POUR LES INTERVENANTS
DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Je soussigné(e), M.,
Mme,
Mlle (nom, prénom)

Profession :
..... (adresse professionnelle)

M'engage à respecter :

- Le droit au respect de la vie privée et au secret des informations concernant tout patient (et son entourage) pris en charge dans le programme d'éducation thérapeutique.....,
- La volonté du patient concernant le partage des informations le concernant, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante,
- Les droits d'information du patient, celui-ci bénéficiant à tout moment d'un droit d'accès et de rectification sur les données informatisées le concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par le patient ou par l'intermédiaire du médecin de son choix. (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978

relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la Loi du 6 août 2004).

- Conformément à l'article L.1110-4 du code de la santé publique, les données concernant le patient sont sécurisées dans un logiciel utilisé à cet effet. Les intervenants sont authentifiés par la carte professionnel de santé (CPS).

Fait à
Le

Signature de l'intervenant

CONTRAT PATIENT SOIGNANT

DIAGNOSTIC EDUCATIF

NOM:

Prénom :

Date :

Nom du
soignant :

Qui demande
l'éducation ?.....

Antécédents
médicaux :.....

.....

Antécédents
chirurgicaux :

.....

Diabète : type I type II

Taille : Poids : IMC :

CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL

Situation familiale :

Vie en couple Seul (e) Parents

Enfants Nombre : Age (s) :
.....

Vivent-ils au domicile des parents : oui non

.....

.....

Frère(s)/ sœur(s) Nombre : Age (s):
.....

Vivent-ils au domicile des parents : oui non

.....

Situation professionnelle :

Activité professionnelle

Profession :

Horaires de

travail :

Activité professionnelle du conjoint

Profession :

Horaires de

travail :

Sans profession

Situation :

Retraité (e)

Etudiant Niveau d'études :

Projet professionnel :

Hygiène de vie et qualité de vie :

Lieu de vie :

habitat rural

habitat urbain

Type d'habitation :

Maison individuelle

Appartement

- Etages

oui

non

-

- Ascenseur

oui

non

-

Loisirs/activités physiques :

oui

non

Lesquels :

.....

en famille entre amis seul(e) en club, association...

A quel

rythme ? :

.....

Quels bénéfices pour

vous ?.....

Le diabète vous gêne-t-il dans sa pratique ? oui non

Comment ?
.....
.....

Si vous ne pratiquez pas d'activités physiques, sportives et ou de loisirs, vous paraît-il possible de consacrer du temps pour en faire ?

.....
.....

D'après vous, votre maladie vous empêche-t-elle de pratiquer des activités ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

.....

Pourquoi ?

.....

Les projets :

Avez-vous un projet familial, personnel, ou professionnel?

.....
.....

L'alimentation :

Que pensez-vous de votre alimentation ?.....

.....
.....

Qui prépare vos repas?

Où mangez-vous dans la journée ? (chez vous, au

travail,)

.....

Vous arrive-t-il de sauter des repas ? oui non

Si oui,
lesquels ?

A quelles fréquences et
pourquoi ?

.....

.....

Mangez-vous entre les repas ? oui non

Si oui,
pourquoi ?

.....

Quels types
d'aliments ?

A quelles
fréquences ?

Est-ce que les contraintes alimentaires sont difficiles à gérer ? oui non

Pour quelles
raisons?

.....

.....

Voulez-vous des conseils, de l'information en ce qui concerne
votre
alimentation ?

.....

.....

Sur quels
points?

.....

.....

Habitudes de vie :

1) Le Tabac

2)

Non Fumeur

Fumeur

Que pensez-vous de votre consommation de cigarettes ?.....

.....

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? oui
(date ?).....

non

Si non, à votre avis, pourquoi ?.....

.....

Si oui, pourquoi à votre avis avez-vous repris ?.....

.....

3) Alcool

4)

Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? oui non

Si oui, nombre de verres ?.....

LA MALADIE

Vécu et ressenti de la maladie :

Pour quelle maladie êtes-vous suivi ?.....

Histoire de la maladie ?

.....

.....

.....

Depuis combien de temps ?

Selon vous, existe-t-il des causes ? oui non

Si oui,
lesquelles ?

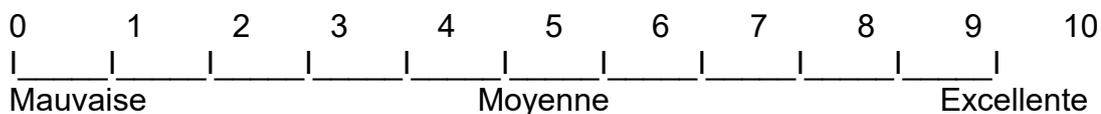
Hospitalisations liées au diabète : oui non

Si oui, combien et
quand ?

Actuellement, par rapport à votre diabète, qu'est-ce-qui vous
gêne ?.....

Quelles sont les conséquences sur votre vie quotidienne ? (personnelle, professionnelle,
familiale, relationnelle,
loisirs.....)

Evaluez sur une échelle graduée de 0 à 10 votre santé aujourd'hui :



Que pensez-vous pouvoir faire personnellement pour améliorer ou maintenir votre
santé ?

Pensez-vous que votre état de santé dans les mois, années qui viennent, peut :

.....
- De votre entourage professionnel/scolaire ? oui non

Réactions :

.....
Comment gérer vous les différentes réactions ?

.....
LES CONNAISSANCES ET ATTITUDES

Le traitement

Pouvez-vous donner le nom des médicaments que vous devez prendre ?

Nom du TTT	Matin	Midi	Soir	Depuis

Vous a-t-on expliqué à quoi sert chaque médicament ? oui non

A quoi sert chacun des médicaments que vous prenez ?.....

.....
.....
.....
Avez-vous l'impression que le traitement est utile ? oui non

Pourquoi ?

.....
Est-ce qu'il vous arrive de ne pas les prendre ? oui non

Si oui, à quels moments ?

.....

Trouvez-vous que le traitement que vous prenez présente des contraintes ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

.....

Prenez-vous des médicaments sans l'avis de votre médecin ? oui non

Si oui, lesquels ?

.....

L'auto- surveillance

Prenez-vous votre glycémie capillaire ?

à la fréquence demandée par le médecin

à la fréquence demandée par le médecin et lorsque j'en ressens le besoin

pas régulièrement

(précisez :.....)

souvent

(précisez :))

jamais

Pourquoi ?

.....

.....

Qui prend votre glycémie capillaire ?

vous

quelqu'un de votre entourage

(précisez :)

votre infirmier (e)

Aimeriez-vous le faire sans l'aide d'un tiers ? oui non

Qu'est-ce qui vous empêche de prendre votre glycémie vous-même ?

.....
.....

Avez-vous déjà entendu parler de la surveillance du pied chez les personnes atteintes de diabète ? oui non

Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

.....
.....

Si non, désirez-vous avoir des conseils, de l'information à ce sujet ?

.....
.....

Savez-vous ce qu'est une hypoglycémie ? oui non

Savez-vous en reconnaître les signes ? oui non

Voulez-vous avoir des conseils, pour vous aider à l'éviter ou à la gérer lorsqu'elle survient ?

oui non

Savez-vous ce qu'est une hyperglycémie ?

oui non

Savez-vous en reconnaître les signes ?

oui non

.....
.....

Voulez-vous avoir des conseils, pour vous aider à l'éviter ou à la gérer lorsqu'elle survient ?

oui non

.....

.....

SYNTHESE DU BILAN EDUCATIF

NOM :

Prénom :

Date de réalisation du bilan éducatif :

Nom du
soignant :

Ressources et facteurs positifs (points forts) :

Besoins et compétences à développer (par le patient et/ou son entourage) :

Obstacles à la mise en place du projet éducatif :

Eléments facilitateurs à la mise en place du projet éducatif :

Suivi(s) envisagé(s) :

Prises en charge médicales complémentaires

Prise en charge éducative

Prise en charge sociale

Contacts pris avec les professionnels :

Sanitaire :

Social :

Médico-social :

Ressenti de la rencontre :

Patient :

Soignant :

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Nom/Prénom :

Date :

Objectifs thérapeutiques fixés avec (nom du soignant) :

.....

Validés par mon médecin traitant : Dr.....

Signature du Médecin traitant :

Objectifs d'activité physique :

J'augmente mon activité physique.....

Je pratique une activité physique
régulière.....

Je maintiens mes efforts.....

Autre(s)objectif(s).....

.....

Objectifs en terme d'alimentation

• J'améliore l'équilibre de mon alimentation.....

• J'adapte mon alimentation en fonction de mon activité.....

.....

• J'améliore mes connaissances sur les différents groupes
alimentaires.....

• J'essaie de manger à heures
régulières.....

• Je maintiens mes efforts.....

• Autre(s)
objectif(s).....

.....

Objectifs en terme de maitrise et connaissance du traitement :

- J'améliore de façon régulière le suivi d'auto-surveillance de glycémie (carnet)
- J'améliore l'utilisation de mon lecteur de glycémie.....
- J'améliore l'utilisation de l'insuline, j'en connais ses effets et les indications.....
- J'améliore mes connaissances sur mon traitement médicamenteux.....
- Je maintiens mes efforts.....
- Autres(s) objectif(s).....

Objectifs sur la connaissance de la maladie :

- J'améliore ma compréhension sur des résultats biologiques.....
- J'améliore ma compréhension de compte-rendu médical.....
- J'améliore ma gestion des éventuels problèmes liés à ma maladie (hyperglycémie, hypoglycémie).....
.....
- J'augmente mes connaissances sur les complications liées à ma maladie
- Le maintiens mes efforts.....
- Autre(s) objectifs (s)

.....
.....
.....
.....

.....

EVALUATION

(A comparer avec les éléments du diagnostic éducatif de départ)

Nom :

Prénom :

Clinique et biologique :

- Diminution de l'indice de masse corporelle oui non

IMC..... (à comparer avec l'IMC du départ et/ou intermédiaire)

Date de l'évaluation de l'objectif :

Réalisé par :

- Diminution de la fréquence des hypoglycémies oui non

Date de la dernière hypoglycémie, fréquence (se référer au carnet de suivi du patient)

Date de l'évaluation de l'objectif :

Réalisé par :

- Diminution de la fréquence des hyperglycémies oui non

Date de la dernière hyperglycémie, fréquence (se référer au carnet de suivi du patient).....

Date de l'évaluation de l'objectif.....

Réalisé par :

- Diminution du nombre d'hospitalisation (lié à la maladie) oui non

Date de la dernière hospitalisation.....

Date de l'évaluation de l'objectif

Réalisé par :

- Surveillance biologique et connaissance des résultats oui non

Date et résultats du dernier dosage HB1AC (à comparer avec le taux du départ/et ou intermédiaire).....

Date et résultats du dosage de micro/albuminurie (à comparer avec le taux de départ et/ou intermédiaire)

Date de l'évaluation :

Réalisé par :

- Suivi de la maladie (consultations ophtalmo, cardio, endocrino, pédicure....)

Date de la dernière consultation (citer la spécialité).....

.....

Compte-rendu présent dans le dossier d'éducation thérapeutique: oui non

.....

Date de l'évaluation :

Réalisé par :

Psycho-sociale :

- Connaissance du traitement oui (lorsque le patient est capable de citer son traitement en totalité ou partiellement et d'en connaître les principales indications et les principaux effets secondaires)

.....

.....

.....

non

.....

.....

Date de l'évaluation :

Réalisé par :

- Activité physique : oui non

Laquelle et à quelle fréquence :

.....

Date de l'évaluation :

Réalisé par :

- Le stress :

-

Echelle de 0 à 10 sur le moral : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comparaison avec l'échelle au diagnostic éducatif initial :.....

Date de l'évaluation.....

Réalisé par :

- Auto-surveillance

De la glycémie : oui (se référer au carnet de suivi de contrôle glycémique) non

Fréquence des glycémies capillaires :

Date de l'évaluation :

Réalisé par :

Des pieds : oui (après examen du pied ou compte-rendu d'une visite chez le podologue.....

.....

non

Alimentation :

Capable d'établir un repas équilibré et adapté :

oui (le patient est capable d'énumérer une alimentation équilibré et adapté d'une journée type et d'une journée avec évènement particulier comme l'activité physique....)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTEUR : Nom : VERBREGUE

Prénom : Arnaud

Date de Soutenance : 23 mai 2019

Titre de la Thèse : Evaluation rétrospective des ateliers d'Education Thérapeutique du Patient diabétique dans la prise en charge multidisciplinaire du diabète de type 2, réalisés à la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Fruges.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES : Médecine Générale

Mots-clés : diabète de type 2, prévention, éducation, patient, maladie chronique, hémoglobine glyquée

Introduction. Le diabète de type 2 est une maladie chronique et hétérogène, en augmentation constante. Les ateliers d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) interviennent comme clef de voûte de sa prise en charge. Nous nous sommes intéressés à l'évolution de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) avant et après un ETP dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), celle de Fruges dans le Pas-de-Calais.

Matériel et méthodes. Les patients inclus étaient les patients en ETP à la MSP de Fruges. Le critère d'évaluation principal était l'évolution de l'HbA1c avant ETP et 6 mois après. Les critères secondaires étaient : l'évolution de l'HbA1c avant et à 12 mois de l'ETP, la comparaison de l'évolution de l'HbA1c à 6 mois et 12 mois en sous-groupes (un sous-groupe « un seul antidiabétique » et un sous-groupe « plusieurs antidiabétiques »), l'évolution du moral avant et à 6 mois de l'ETP, le nombre de consultations cardiologiques un an avant et un an après l'ETP.

Résultats. Parmi les 66 patients, les données étaient disponibles et analysées chez 53 patients. Les valeurs d'HbA1c moyenne avant ETP et à 6 mois ne différaient pas ($p=0.6505$). L'HbA1c moyenne avant et à 12 mois ne différaient pas ($p=0.1563$). A 6 mois les deux sous-groupes avaient des moyennes d'HbA1c différentes ($p=0.0280$). A 12 mois les moyennes en sous-groupes ne différaient pas ($p=0.2619$). Le moral moyen des patients avant et après ETP ne différait pas ($p=0.6915$). Le pourcentage de consultations cardiologiques dans l'année précédant les ETP était de 37.73%, dans l'année suivante il était de 33.96%.

Conclusion. Sur le critère de jugement principal, l'intervention de l'ETP dans la prise en charge du diabète n'est pas significative. Seule variable significative : l'évolution de l'HbA1c à 6 mois du sous-groupes « plusieurs antidiabétiques ». Cette étude montre que les ETP à eux seuls ne peuvent agir sur l'HbA1c ; Néanmoins intégrer ces ateliers dans la prise en charge d'une population plutôt « déséquilibrée » a un effet positif, du moins au début, l'évolution de l'HbA1c à 12 mois n'étant pas significative. L'intérêt de séances de rappels pourrait avoir un avantage en termes de prévention.

Composition du Jury :

Président :

Pr Pierre FONTAINE

Assesseurs :

Pr Rachel DESAILLOUD

Dr Sabine BAYEN

Dr Didier DELETTE