

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° 082

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Hélène BELLANGER-URBANCZYK

née le 25/10/1984 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le lundi 30 juin 2014

**Etude sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2
en Vendée :
impact sur la prise en charge en médecine générale.**

Président : Monsieur le Professeur Bertrand CARIOU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Eric MARSAUDON

REMERCIEMENTS

Au Pr Cariou, pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Au Pr Berrut, pour s'être rendu disponible pour faire partie de mon jury de thèse.

Au Pr Senand, pour son enseignement et pour avoir accepté d'être membre de mon jury.

Au Dr Eric Marsaudon, pour sa bonne humeur, son aide fondamentale tout au long de ce travail, et pour m'avoir enseigné, bien plus qu'un savoir faire, un savoir être avec les patients (diabétiques).

A tous les praticiens hospitaliers qui ont eu à cœur de me transmettre leurs connaissances, à mes maîtres de stages qui m'ont appris plus, que humblement, ils n'ont voulu reconnaître.

A Cédric, pour son aide et son amour.

A mes parents, mes premiers supporters.

A Tanneguy, pour nos débats et notre amitié ineffable.

A Aurélien, qui m'a accueillie dans la profession avec bienveillance et sympathie.

A Gilles et Barbara, qui m'ont fait une place pour travailler à leurs côtés, à Agnès pour sa bonne humeur quotidienne.

A tous mes amis, voisins qui m'entourent de leur gentillesse et de leur gaieté.

A Leica, pour son affection et son soutien inconditionnel.

TABLE DES MATIERES

1- Introduction	Page 6
2.- La qualité de vie	Page 8
2-1.- Approche de la qualité de vie 2-1-1.- <i>L'OMS</i> 2-1-2.- <i>Mesures de la qualité de vie</i> 2-1-3.- <i>Indicateurs de santé publique</i>	
2-2.- La qualité de vie chez le diabétique 2-2-1.- <i>L'assurance Maladie</i> 2-2-1.- <i>Les études ENTRED</i>	
2-3.- Quelques essais d'amélioration de la qualité de vie chez le diabétique 2-3-1.- <i>L'accompagnement téléphonique</i> 2-3-2.- <i>L'accompagnement par le pharmacien</i> 2-3-3.- <i>Le Case manager</i>	
3.- Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	Page 18
<u>3-1.- Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer</u> 3-1-1.- <i>Diffuser auprès des patients des cartes individuelles d'information et de conseils</i> 3-1-2.- <i>Créer un portail Internet sur les maladies chroniques</i> 3-1-3.- <i>Impliquer patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants</i>	
<u>3-2.- Elargir la médecine de soins à la prévention</u> 3-2-1.- <i>Intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient</i> 3-2-2.- <i>Rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville</i> 3-2-3.- <i>Mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants</i> 3-2-4.- <i>Reconnaître de nouveaux acteurs de prévention</i>	
<u>3-3.- Faciliter la vie quotidienne des malades</u> 3-3-1.- <i>Développer un accompagnement personnalisé des malades</i> 3-3-2.- <i>Etendre aux malades chroniques les missions du correspondant handicap dans l'entreprise</i>	

3-4.- Mieux connaître les besoins

3-4-1.- *Analyser et consolider les données épidémiologiques*

3-4-2.- *Développer les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie*

4.- La thérapeutique dans toute sa complexité : qualité de vie et qualité de soins

Page 22

4-1.- L'inertie thérapeutique

4-2.- La compliance thérapeutique

4-2-1.- *Facteurs liés à la maladie*

4-2-2.- *Facteurs liés au traitement médicamenteux*

4-2-3.- *Facteurs démographiques et socio-économiques*

4-2-4.- *Facteurs liés au patient et/ou à son entourage*

4-2-5.- *Facteurs liés au système de soins*

4-3.- Les études sur les comportements en thérapeutique

4-3-1.- *L'étude PANORAMA*

4-3-2.- *L'étude DIAttitude*

4-3-3.- *L'étude ACCORD-VADT*

4-4.- Les nouvelles recommandations thérapeutiques

5.- L'enquête prospective vendéenne

Page 29

5-1.- Matériels et méthodes

5-1-1 .- *L'étude*

5-1-2 .- *Les centres*

5-2.- Résultats

5-2-1. *Analyse descriptive*

5-2-2. *Analyse statistique uni-variée en fonction du SF12*

5-3.- Discussion

5-3-1. *Analyse démographique comparative avec les données nationales*

5-3-2. *Analyse des données de qualité de vie*

5.- Conclusion

Page 60

ANNEXES

Page 62

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Page 72

LISTE DES ACRONYMES

ADA	Association Américaine du Diabète
AFD	Association française des diabétiques
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CHCL	Centre Hospitalier Côte de Lumière
DALY	Disability-adjusted life year
DHP	Diabetes Health Profile
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EBM	Evidence-based Medecine
ENTRED	Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques
EuroQoI	European Quality of Life
HAS	Haute autorité de santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
ISPN	Indicateur de santé perceptuelle de Nottingham
NHP	Nottingham Health Porfil
OMS	Organisation mondiale de la santé
PQVS	Profil de la Qualité de Vie Subjective
QALY	Quality Adjusted Life Year
QdV	Qualité de vie
QWB	Quality of well being
SFD	Société francophone de diabétologie
SF-36	MOS-SF 36 : Medical Outcome Study Short Form (36 questions)
SF-12	MOS-SF 12 : Medical Outcome Study Short Form (12 questions)
SIP	Sickness impact profil

1.- Introduction

La qualité de vie est un concept qui prend pour les nouvelles générations une importance grandissante, au point qu'aujourd'hui, il est pour les jeunes adultes un critère de choix primordial quant à leur orientation professionnelle ou à leur lieu de vie.

Pour autant, ce concept est difficile à saisir, tant il véhicule pour chacun, des signifiants différents issus de repères socio-culturels variés. Les premiers outils de mesure pour tenter d'en traduire une expression chiffrée et de fait comparative, ont été construits dans les années 1970, mais il aura fallu attendre 1994 pour qu'une définition consensuelle soit proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé. La globalité de cette approche lui a donné toute sa richesse, mais aussi toute sa complexité puisque les instituts nationaux et internationaux qui aujourd'hui tentent de la mesurer, s'obligent à tenir compte d'au moins neuf dimensions : conditions de vie matérielles, contraintes financières, santé, éducation, conditions de travail, participation à la vie publique, contacts avec les autres, sécurité économique, sécurité physique...

C'est naturellement dans son approche limitée et focalisée sur la santé, que ce travail a été construit, en se concentrant sur l'une des maladies chroniques les plus fréquentes en France : le diabète.

Le retentissement de cette maladie chronique sur la vie quotidienne d'une personne peut être relativement important et c'est d'ailleurs au regard de cet impact, que l'Organisation Mondiale de la Santé a choisi le diabète pour faire ses premières recommandations éducatives en 1998. Quelques années plus tard, en 2005, cette institution a prolongé ses réflexions en déclarant prioritaire l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

En France, c'est la loi de santé publique du 9 août 2004 qui approche le mieux cette même préoccupation en définissant 100 objectifs quantifiés à atteindre dans les cinq ans, dont 49 sont spécifiquement dédiés aux maladies chroniques. Elle s'est ensuite traduite par la publication en 2007 d'un plan de santé publique exclusivement consacré à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en se concentrant sur les principales pathologies françaises : diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer et maladies rares. Son coût total sur les cinq ans (2007-2011) a été de 726,7 millions d'euros.

L'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé, se sont ainsi intéressés à la qualité de vie des patients diabétiques, conscients de la rétroaction positive que celle-ci pouvait avoir sur les dépenses de santé à court, moyen ou long terme.

Mais à l'échelle de la pratique quotidienne, à celle du praticien face à son patient diabétique, que peut représenter le concept de qualité de vie ? Quelles peuvent être les doléances, les appréhensions, les ressentis, les répercussions émotionnelles ou physiques du patients en face duquel se trouve le généraliste ?

C'est pour tenter de répondre le plus simplement possible à ces questions, pour donner de la densité au suivi médical, pour oser les bonnes questions en consultation, pour appréhender rapidement les besoins de patients qui ne verbalisent pas toujours leurs préoccupations, que nous avons mené une petite enquête auprès d'une centaine de patients rencontrés en cabinet de médecine générale ou à l'admission dans un service hospitalier dédié au diabète.

Nous avons utilisé la même échelle d'analyse de qualité de vie physique et mentale que celle employée par la dernière enquête française « ENTRED 2007 », aux fins de comparer les profils des patients et de mesurer une potentielle différence en matière de scores de ressentis psychique et physique.

Au-delà de la mesure elle-même, cette enquête avait pour objectif de comprendre ce que pouvait être pour ces patients au quotidien, l'impact du diabète en matière de qualité de vie, afin de mieux orienter l'écoute en médecine générale, qui reste la discipline médicale la plus fréquemment impliquée dans la prise en charge du diabète de type 2.

2.- La qualité de vie

2-1.- Approche de la qualité de vie

2-1-1.- L'OMS

C'est en 1994 que l'Organisation Mondiale de la Santé propose sa définition de la qualité de vie dans son programme sur la santé mentale englobant un domaine vital le plus vaste possible [1] :

« C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

2-1-2.- Mesures de la qualité de vie

Cette définition complexe rend son observation et sa mesure difficile dans sa globalité. C'est la raison pour laquelle deux grandes typologies de mesure de la qualité de vie ont été développées :

- les instruments spécifiques centrés sur une pathologie ou un public particulier
- les instruments génériques utilisés dans le cas de pathologies variées et évaluant de façon globale l'état de santé, le fonctionnement psychologique et l'environnement social du sujet.

Les cotations de type « index » produisent un score global de la qualité de vie.

Les cotations de type « profil » rendent compte d'une vision analytique de la qualité de vie fournissant un score pour chacune des dimensions explorées de la qualité de vie, sans les combiner en un score unique.

Il existe 7 échelles validées en français parmi les indicateurs génériques de qualité de vie :

- *ISPN (indicateur de santé perceptuelle de Nottingham) ou NHP (Nottingham Health Porfil)* est un indicateur, validé par l'INSERM, qui fournit un profil de santé perçue permettant la mesure de la qualité de vie en rapport avec la santé. Il se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 38 questions auxquelles le sujet est invité à répondre par oui ou par non. On note 1 point une réponse positive, 0 point une réponse négative.
Les réponses sont regroupées par rubriques : mobilité, isolation sociale, douleur, réactions émotionnelles, énergie et sommeil. Chaque item est affecté d'un coefficient. On obtient ainsi, pour chaque sujet, un score compris entre 0 et 100 pour chaque rubrique. Ce pourcentage correspond au degré de difficultés que perçoit le sujet dans le domaine de chacune des rubriques (cf. annexe 1 et 2).
- *QWB (quality of well being)* se réalise par interrogatoire et l'on détermine ce que le patient a pu faire ou non en raison de sa maladie pendant les 6

derniers jours écoulés. Il s'agit d'une échelle de performance qui n'évalue pas le retentissement sur le sujet lui-même et sa qualité de vie. Elle est normative se référant à une population générale.

- *SIP (sickness impact profil)* est un instrument de mesure non seulement de l'état de santé perçu, mais aussi des résultats des soins de santé pour différents types et degrés de gravité d'affections et différents sous-groupes démographiques et culturels. Elle comprend 136 questions regroupées en deux dimensions (fonctionnement physique et état psychique). Les réponses aux questions sont réalisées selon le qualitatif «vrai» ou «faux». Elle inclut 12 domaines. Trois ensembles de questions sont en rapport avec la vie physique (marche, mobilité, soins du corps), quatre avec la vie psychosociale et cinq sont des ensembles de questions indépendants (travail, sommeil et repos, alimentation, vie domestique, loisirs).
- *Profil de santé de Duke* se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 17 questions. Les réponses sont regroupées sous 10 dimensions : physique, mentale, sociale, générale, santé perçue, estime de soi, anxiété, dépression, douleur, incapacité. On obtient ainsi, pour chaque sujet, un score compris entre 0 et 100 pour chaque dimension. Ce pourcentage correspond au degré de santé que perçoit le sujet dans le domaine de chacune des dimensions (annexe 3).
- *EuroQol (European Quality of Life)* est un instrument standardisé étudiant cinq aspects de santé (mobilité, prendre soin de soi, activités quotidiennes, douleur/gêne et angoisse/dépression) auxquels un score (peu, modérément, beaucoup de problèmes) est attribué permettant la déduction d'un indice de santé pondéré. Il est conçu pour être rempli par le patient lui-même. (cf annexe 4)
- *PQVS (Profil de la Qualité de Vie Subjective)* comporte trois mesures principales (satisfaction, importance, attente) et une facultative (la manière de faire face ou «coping»). Il explore quatre domaines principaux : la santé, le domaine relationnel, le domaine psycho-affectif, les conditions matérielles de vie. Ces quatre domaines sont couverts par une série d'item (27 au minimum) et pour chaque item il est demandé au sujet son degré de satisfaction, d'attente, ainsi que l'importance qu'il lui accorde.
- *SF-36 ou MOS-SF 36 (Medical Outcome Study Short Form)* comprend 36 questions divisées en 8 domaines : la mobilité et les performances physiques, les limitations dans les actes de la vie quotidienne, l'intégration sociale, les restrictions dans les occupations habituelles pour des raisons physiques ou psychologiques, la souffrance psychique, la vitalité et la santé perçue. Il s'agit d'une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. On n'y trouve ni le bien-être matériel, ni les valeurs, ni la satisfaction globale de la vie. Pour chaque échelle, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie. A partir de ces huit échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques qui ont été identifiés par une analyse factorielle : un score agrégé de santé physique et un score agrégé de santé mentale.

- *SF-12 ou MOS SF-12 (Medical Outcome Study short Form)* construite à partir de l'échelle SF-36. Il permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique (cf Annexe 5 et 6).

2-1-3.- Indicateurs de santé publique

- *QALY est l'acronyme anglais de « Quality Adjusted Life Year » ou « année de vie ajustée par sa qualité ».* Il s'agit d'un indicateur économique qui peut être utilisé pour évaluer la valeur monétaire d'une intervention ou d'un traitement. Une année en bonne santé correspond à un QALY de 1 ; une intervention causant la mort correspond à un QALY 0 ; une année durant laquelle le traitement permet de prolonger l'espérance de vie effective, mais en affectant la qualité de vie (par exemple en évitant le décès au prix d'un handicap) sera située entre 0 et 1
- *DALY (Disability-adjusted life year)* est un autre indicateur utilisé par l'OMS, estimant l'espérance de vie corrigée de l'incapacité. Il reflète, sur une période de temps donnée, la somme totale des années de bonne santé perdues résultant soit de mortalité prématurée, soit d'une invalidité.

2-2.- La qualité de vie chez le diabétique

2-2-1.- L'assurance Maladie

En 2001, le Service Médical de l'Assurance Maladie s'est intéressé à la qualité de vie des diabétiques de type 2 au travers d'une enquête utilisant l'échelle internationale SF 36 pour son évaluation [2]. Cette enquête prospective cas-témoins, avec appariement sur le sexe et l'âge a concerné 282 diabétiques, comparativement à un groupe de 160 témoins indemnes de toute affection.

Les résultats de l'étude ont montré l'existence d'un score significativement moindre de qualité de vie chez les malades étudiés comparativement au groupe témoin, et ce, dans les 8 dimensions explorées par le questionnaire SF-36.

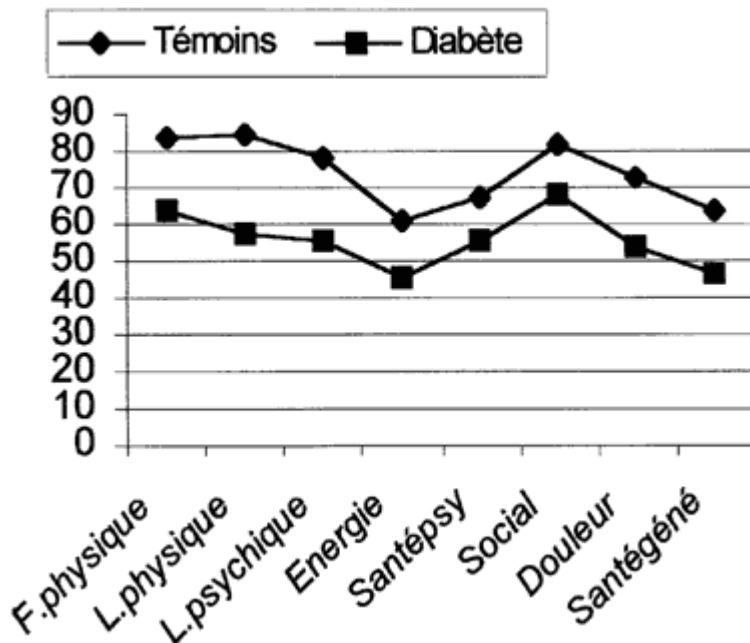


Fig 1 : Graphique des scores qualité de vie.

Domaines d'état de santé	Moyenne Témoins	Moyenne Diabétiques
1.- Fonction physique	83,6	63,2
2.- Limitation physique	84,2	57,6
3.- Limitation psychique	78,3	55,5
4.- Energie	61,0	45,7
5.- Santé psychique	66,9	55,4
6.- Activité sociale	81,7	68,3
7.- Douleur	72,3	53,3
8.- Santé générale	63,9	46,4

Tableau 1 : Comparaison des scores de qualité de vie entre patients diabétiques et témoins

Les auteurs ont ainsi considéré que le diabète de type 2 semblait altérer la qualité de vie des malades qui en sont atteints et ce dès le début de la maladie. Ils suggèrent de mieux prendre en compte la qualité de vie du patient lors du colloque singulier médecin-malade et d'y porter une attention toute particulière lors de la formalisation de la stratégie thérapeutique, au travers notamment d'un partage de l'information et d'une négociation des objectifs, en prenant en compte les réalités socioculturelles.

2-2-1.- Les études ENTRED

Les études ENTRED (Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques), transversales, ont été menées en France, successivement en 2001

puis en 2007. A partir des fichiers de l'Assurance maladie, 10 000 patients pris en charge pour un traitement antidiabétique (oral ou insulinique) ont été contactés en 2001 et 2007. Il leur était demandé d'indiquer les coordonnées de leur médecin, qui à son tour recevait un questionnaire.

ENTRED 2001

La première étude ENTRED de 2001 [3], a permis de colliger les réponses de 3648 patients diabétiques, dont 3156 personnes étaient diabétiques de type 2. L'âge moyen était de 64 ± 11 ans et le ratio hommes/femmes était de 1,2. Les objectifs recommandés d'HbA1c ($< 7\%$) n'étaient pas obtenus pour 54% des patients, les objectifs tensionnels (pression artérielle au-dessous de 130/80mmHg) non obtenus pour 87% des patients et ceux du LDL cholestérol (au-dessous de 1,3g/l), non acquis pour 25% d'entre eux [101].

La qualité de vie a été mesurée au moyen d'un questionnaire spécifique au diabète : le Diabetes Health Profile (DHP). Cet instrument composé de 32 items pour les personnes diabétiques insulino-dépendantes (DHP-1) et de 18 items dans sa version adaptée aux personnes diabétiques de type 2 (DHP-18) explore trois domaines :

- *Souffrance psychologique* (6 items issus du DHP-18, communs à la dimension souffrance psychologique du questionnaire DHP-1 (14 items)) : colère, mauvaise humeur, dépression engendrées par le diabète ;
- *Obstacles aux activités* (13 items pour les personnes diabétiques de type 1 et pour les personnes diabétiques de type 2 traitées par insuline, 7 items pour les personnes diabétiques de type 2 traitées uniquement par antidiabétiques oraux) : contraintes liées au diabète (sorties, heure des repas...) ;
- *Désinhibition alimentaire* (5 items) : perte de maîtrise relative aux règles alimentaires imposées par le diabète (extras alimentaires, difficultés à suivre un régime...).

Chaque dimension a été associée à un score standardisé de 0 (pire qualité de vie) à 100 (meilleure qualité de vie). Le score a été calculé comme la moyenne des items de la dimension, seulement si au moins la moitié d'entre eux était renseignée.

Les femmes avaient une moins bonne qualité de vie que les hommes dans les trois dimensions et notamment dans la dimension « désinhibition alimentaire ». Cette différence de qualité de vie selon le sexe demeurerait significative après ajustement sur l'âge. Le score de la dimension « souffrance psychologique » s'améliorait significativement avec l'âge chez les hommes (74 ± 22 points pour les moins de 45 ans vs 84 ± 17 points pour les 75-84 ans, $p < 0,0001$) et chez les femmes (72 ± 23 points pour les moins de 45 ans vs 83 ± 17 points pour les 75-84 ans).

L'âge était également positivement associé au score de la dimension « désinhibition alimentaire » chez les hommes (- 20 points pour les moins de 45 ans par rapport aux 65-75 / 75-84 ans) et chez les femmes à partir de 45 ans (augmentation moyenne de 5 points par tranche de 10 ans jusqu'à la tranche 75-84 ans, $p < 0,0001$).

Notons dans ce domaine, que les hommes avant 45 ans, déclaraient en moyenne une moins bonne qualité de vie que les femmes, tandis qu'au delà de 45 ans, on observait le contraire. Aucun effet de l'âge (globalement, selon le sexe et après ajustement sur le sexe) n'était observé sur la dimension « obstacles aux activités ».

Après ajustement sur l'âge, les niveaux de qualité de vie des personnes diabétiques de type 1 concernant les obstacles aux activités et la souffrance psychologique étaient significativement moins bons comparativement aux personnes diabétiques de type 2, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes. L'écart moyen de qualité de vie entre les personnes diabétiques de type 1 et de type 2 était similaire dans ces deux dimensions

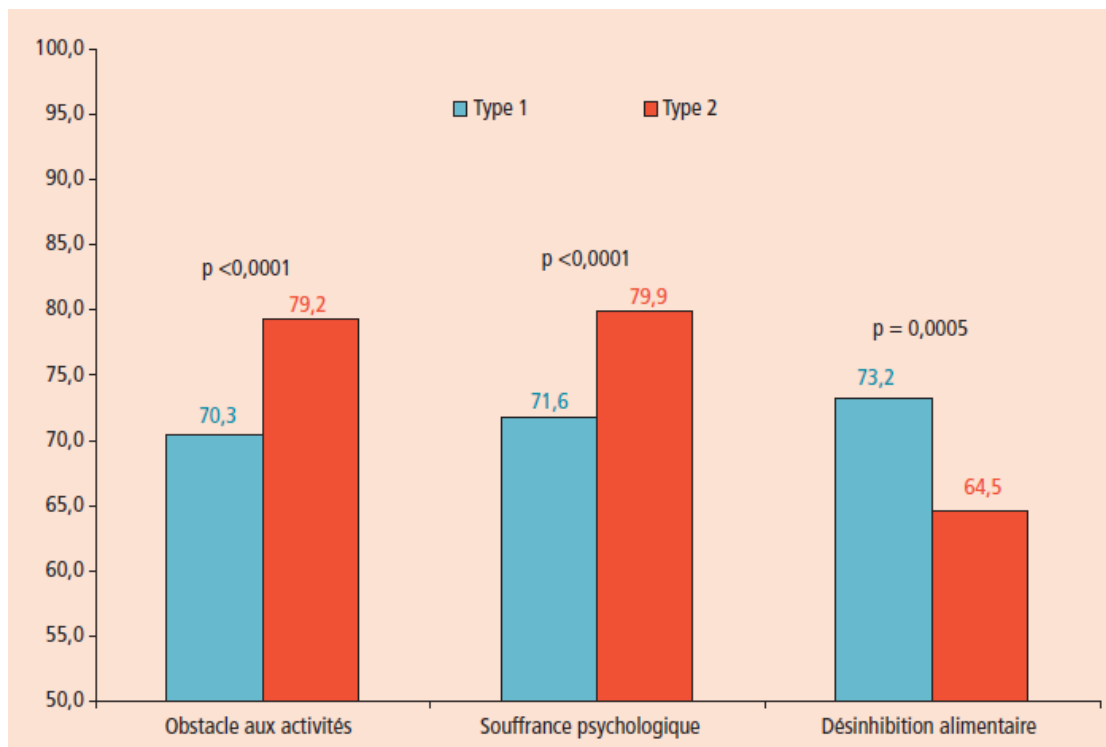


Fig 2 : ENTRED : score de qualité de vie ajustés sur l'âge selon le type de diabète chez les hommes

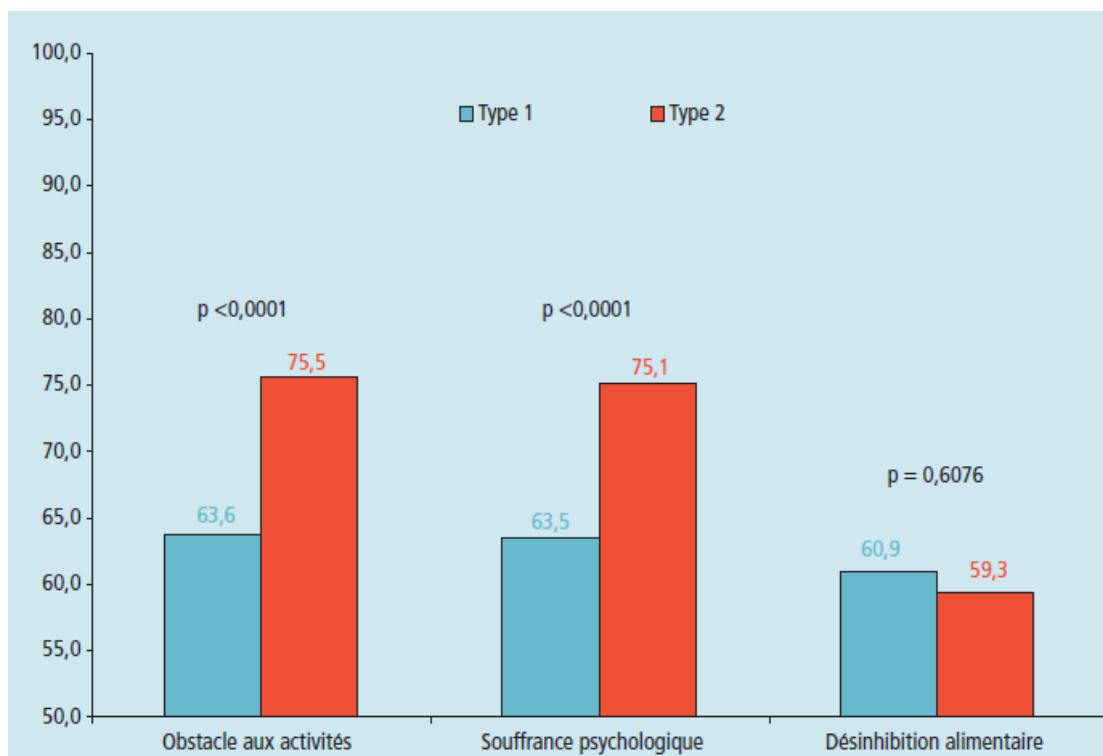


Fig 3 : ENTRED : score de qualité de vie ajustés sur l'âge selon le type de diabète chez les femmes

ENTRED 2001 concluait que les personnes diabétiques de type 1 avaient une moins bonne qualité de vie dans les dimensions « obstacles aux activités » et « souffrance psychologique » par rapport aux personnes diabétiques de type 2. En revanche, la « désinhibition alimentaire » semblait affecter davantage les hommes diabétiques de type 2 que diabétiques de type 1 et autant les femmes diabétiques de type 1 que de type 2. D'autres différences ont également été objectivées dans les deux types de diabète :

1) des différences entre sexes, avec un plus faible niveau de qualité de vie chez les femmes que chez les hommes, conformément aux observations faites sur la population générale en France ;

2) des différences selon l'âge, avec un plus faible niveau de qualité de vie chez les plus jeunes dans les dimensions « souffrance psychologique » et « désinhibition alimentaire ». Les conséquences engendrées par le diabète tant sur le plan psychologique que sur la maîtrise alimentaire seraient ainsi plus importantes chez les plus jeunes.

ENTRED 2007

La seconde étude de 2007 [4] s'est intéressée à 4277 patients diabétiques. Le « Diabetes Health Profile » utilisé en 2001 pour l'analyse de la qualité de vie ne permettant pas de comparaison avec la population générale, la nouvelle enquête Entred 2007-2010 a adopté un questionnaire générique sur la qualité de vie, le SF-12.

L'échelle SF-12 évalue deux domaines de la qualité de vie (QdV) : mental (score MCS) et physique (score PCS). Ces scores se basent sur huit dimensions : fonctionnement et limitation physiques, douleur physique, limitation émotionnelle, santé mentale, vitalité, fonctionnement social et perception.

Les *indicateurs socio-économiques* sont : le revenu ressenti, le niveau d'étude, la catégorie professionnelle déclarée ;

Les *indicateurs de l'état de santé* sont : l'indice de masse corporelle, l'ancienneté du diabète, les complications macrovasculaires et microvasculaires, les hypoglycémies sévères (c'est-à-dire nécessitant l'aide d'un tiers pour la corriger), le type de traitement, l'hospitalisation durant l'année précédente.

La *partie mentale* a été évaluée sur les facteurs de restriction d'activité et de limitation de participation (autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne selon l'échelle de Lawton, recours à une consultation psychiatrique et à un soutien social pour le diabète déclaré par le patient).

Les résultats de cette nouvelle enquête observationnelle ont objectivé un score mental moyen pour l'ensemble de la population étudiée de 42,9 et un score physique moyen de 40,9. Ces scores de qualité de vie étaient respectivement de 40,6 et 38,4 pour les femmes et de 44,7 et 42,9 pour les hommes.

Avec l'âge, le score mental de QdV n'était pas modifié tandis que le score physique diminuait fortement. À tout âge, les scores de qualité de vie physique et mentale étaient plus bas chez les femmes que chez les hommes.

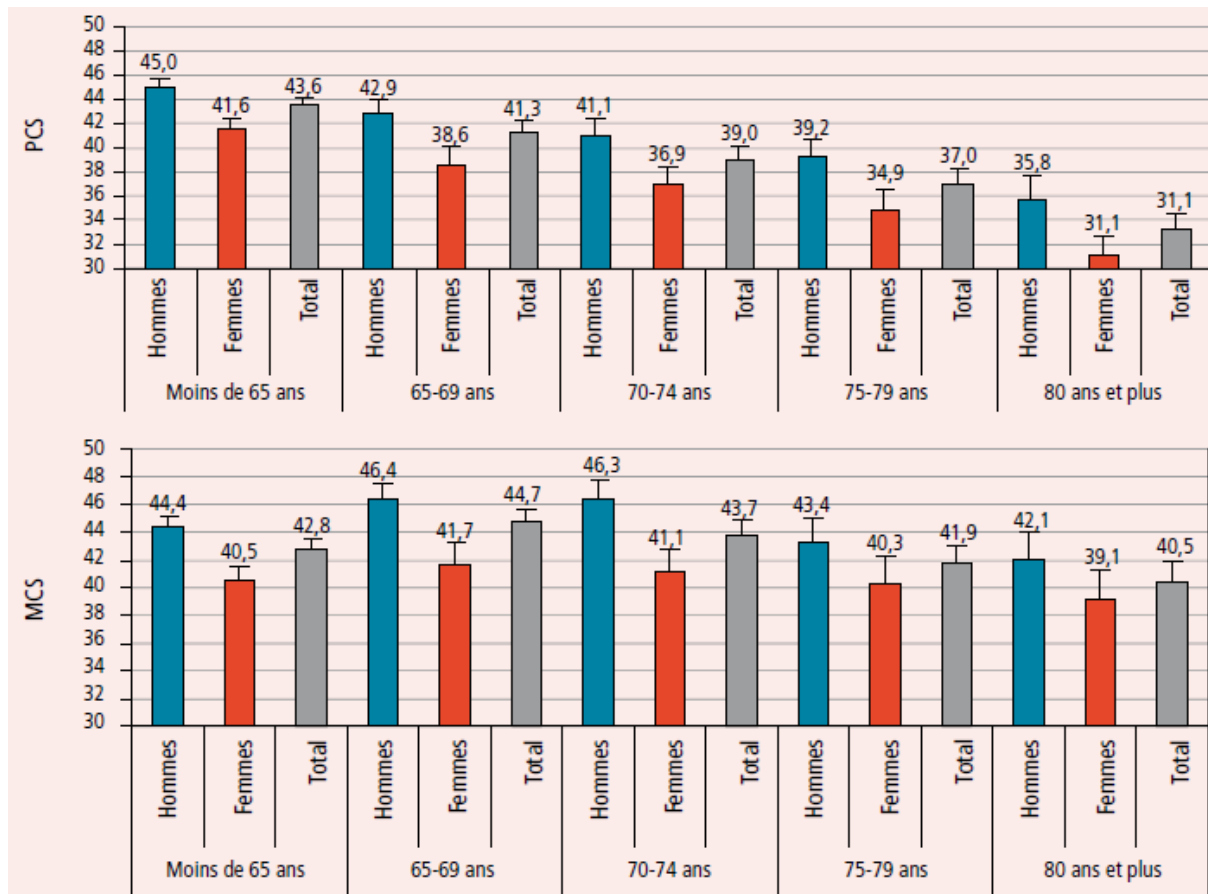


Fig 4 : ENTRED 2007 : Score de qualité de vie pour les composantes mentales (MCS) et physiques (PCS) de l'échelle SF-12 chez les diabétiques de type 2 selon l'âge et le sexe.

En analyse multivariée, les facteurs associés indépendamment du score de *qualité de vie mentale* étaient : un revenu jugé insuffisant, l'existence d'une complication macrovasculaire, la survenue d'hypoglycémie sévère, la dépendance pour les activités instrumentales, le soutien social perçu comme insuffisant et une HbA1c élevée (entre 8 et 10%).

Les facteurs associés indépendants du score de *qualité de vie physique* incluaient : un revenu jugé insuffisant, l'obésité, l'existence d'une complication macrovasculaire, la dépendance pour les activités instrumentales, une hospitalisation durant l'année précédente et le soutien social perçu comme insuffisant. La valeur de la dernière HbA1c n'était pas significativement associée au score physique.

À âge égal, les scores physiques et mentaux des personnes diabétiques de type 2 étaient globalement inférieurs aux scores issus de l'enquête Insee 2002-2003 en population générale [5]. Par exemple, chez les hommes de 65 à 69 ans, le score physique moyen était de 46,2 versus 42,8 chez les hommes diabétiques d'ENTRED.

Le diabète de type 2 semble donc avoir un effet de vieillissement prématuré particulièrement objectivable sur le score de QdV physique, ce qui est mis en évidence par les limites d'activité d'intensité grandissante avec l'âge. En revanche, le score de qualité de vie mentale est plus particulièrement altéré chez les plus jeunes diabétiques de type 2, un résultat commun à d'autres populations [6].

L'existence de complications macro-vasculaires apparaît déterminante sur le niveau des deux scores de qualité de vie, de même que l'existence d'hypoglycémies sévères. Les complications micro-vasculaires apparaissent en revanche peu liées. Ce sont donc les conséquences du diabète, plus que la maladie diabétique elle-même, qui altèrent globalement la qualité de vie.

2-3.- Quelques essais d'amélioration de la qualité de vie

Au regard des données d'ENTRED, il semble que l'amélioration de la qualité de vie pourrait résulter d'une meilleure prévention des complications, d'une meilleure prise en compte des difficultés socio-économiques et d'une plus grande adéquation des objectifs aux besoins individuels des patients [7].

Plusieurs essais d'accompagnement des patients ont donc été proposés pour tenter d'améliorer la qualité de vie, nous en retiendrons trois d'entre eux :

2-3-1 L'accompagnement téléphonique

Sur la base de l'accompagnement téléphonique de patients, déjà développé par certaines assurances américaines, une étude australienne [8], interventionnelle et randomisée s'est intéressée à 128 patients à fortes comorbidités, âgés de plus de 65 ans et hospitalisés de manière non programmée (64 sujets seront des sujets contrôles). Une activité physique selon un programme individualisé a été initiée dans le service clinique, puis les patients furent accompagnés pendant 24 semaines sous forme de soutiens et conseils téléphoniques.

Avant cette intervention, ces personnes avaient des scores de qualité de vie physiques et mentaux bas (environ 33 et 46 au SF-12). Après 24 semaines, le groupe témoin restait stable pour le score mental et s'aggravait pour le score physique, tandis que le groupe ayant bénéficié de l'intervention s'améliorait dans les deux domaines. Le taux d'hospitalisations ou de consultations médicales non programmées était réduit dans le groupe intervention.

2-3-2 L'accompagnement par le pharmacien

Cette étude anglaise [9] fut à l'une des origines des revendications françaises des pharmaciens d'officine en matière d'accompagnement thérapeutique des patients (allant parfois jusqu'à utiliser le terme non adapté « d'éducation thérapeutique »).

Il s'agit d'une étude menée dans le Kentucky, de Mars 2003 à décembre 2006, et regroupant 236 patients diabétiques de type 2, dans le « PharmacistCARE program ».

Après 1 an, les patients inclus dans le programme ont amélioré, comparativement aux sujets témoins, leur HbA1c, leur LDL cholestérol, leurs triglycérides et leur HDL cholestérol. En matière de qualité de vie, le score SF-12 mental était significativement meilleur dans le groupe pris en charge comparativement au groupe témoin.

2-3-3 Le Case manager

Le « case manager » ou « gestionnaire de cas » est un principe bien connu depuis plusieurs années en France, qui a mis en place cet accompagnement spécialisé dans un premier temps pour la maladie d'Alzheimer, puis dans un second temps pour l'insuffisance cardiaque.

Un gestionnaire de cas spécifique au suivi du diabète pourrait ainsi être proposé aux fins d'améliorer la prévention des complications. L'expérience américaine, très ancienne dans ce domaine, est en faveur de cette prise en charge [10]. Relayant les équipes médicales dans l'éducation thérapeutique, soutenant les patients lors de leurs difficultés et favorisant leur suivi, une infirmière formée à cet accompagnement permet d'éviter des comportements inappropriés, des consultations ou des hospitalisations inutiles.

3.- Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

L'Organisation Mondiale de la Santé a fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité¹. La loi de santé publique du 9 août 2004 a pris en compte cette nécessité en prévoyant la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques qui fut publié en 2007 pour les 5 années suivantes.

Ce plan de santé publique, centré sur le malade et plus seulement sur la maladie, a bénéficié de 4 axes stratégiques déclinant 15 mesures. Nous retiendrons ici les mesures concernant les diabétiques.

3-1.- Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer

3-1-1.- Diffuser auprès des patients des cartes individuelles d'information et de conseils

Il s'agit de l'édition de petites cartes au format d'une pièce d'identité, élaborées en collaboration avec les associations de malades et les sociétés savantes et contenant des données essentielles (antécédents médicaux, résultats d'examens, noms et adresses des médecins traitants ou des médecins spécialistes de la pathologie concernée). Destinées à améliorer la prise en charge des malades, ces cartes fourniront également des recommandations en cas d'urgence.

3-1-2.- Créer un portail Internet sur les maladies chroniques

Ce portail Internet sur les maladies chroniques est attaché au site du Ministère de la santé. Il permet l'accès à différents volets destinés au grand public et aux professionnels de santé, selon des niveaux d'autorisation différents et avec des liens vers les sites des associations de patients et des producteurs de données (HAS, InVS, DREES, INPES) :

- un volet « épidémiologie » permettant de trouver l'ensemble des indicateurs épidémiologiques, la liste des travaux et des réflexions en cours et les principaux liens avec les autres sources d'information ;
- un volet « information » sur les maladies chroniques, en lien avec les sites existants ou en voie de développement, concernant chaque maladie (associations de patients, sociétés savantes, recommandations de la Haute autorité de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, de l'Institut de veille sanitaire et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) ;
- un volet « éducation » pour faire connaître l'offre d'éducation du patient sur un territoire de santé ;
- un volet « social » concernant les dispositifs de réponse aux handicaps et les questions d'insertion scolaire, sociale et professionnelle, les droits des personnes et de leurs proches, les aides humaines et financières existantes.

¹ Former les personnels de santé du XXI^{ème} siècle : le défi des maladies chroniques. OMS octobre 2005

3-1-3.- Impliquer patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants

Cet axe incite à la création de groupes d'échange entre soignants et soignés dans et hors des espaces de soins (hôpital, réseau, cabinet de groupe, maison médicale, associations de patients...).

Il assure le principe de consultation de l'association française des diabétiques (AFD) sur la rédaction des programmes éducatifs et leur évaluation, ainsi que sur les recommandations professionnelles, les manuels d'évaluation de pratiques professionnelles et d'accréditation hospitalière.

Enfin, il soutient la formation des aidants et de l'AFD, par :

- la réalisation d'un contenu de formation pour les membres de l'AFD et pour la formation de formateur;
- le soutien à l'AFD, pour le financement de la formation de leurs membres et pour la création et la diffusion de cartes spécifiques d'information et de conseils, comme cela est déjà réalisé pour les maladies rares.

3-2.- Elargir la médecine de soins à la prévention

3-2-1.- Intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient

Il s'agit là de l'élaboration de recommandations en matière d'éducation du patient, (cadre méthodologique et enjeux en terme d'organisation, de financement et d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique) ; de l'élaboration sur cette base de programmes spécifiques, notamment dans les protocoles de soins liés aux affections de longue durée en lien avec les sociétés savantes et l'AFD.

Il est ensuite prévu d'inscrire l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique dans la formation initiale et continue des professionnels de santé en y associant des représentants l'AFD.

Puis de former l'ensemble des personnes (enseignants, employeurs, centres de loisirs, encadrement sportif ...) au contact des diabétiques, sur ce que ces derniers vivent au quotidien.

Enfin de développer des actions de sensibilisation dans les écoles et universités, auprès des opérateurs de formation professionnelle, d'insertion sociale et professionnelle et auprès des entreprises.

3-2-2.- Rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville

Cette partie du plan est encore en développement notamment s'agissant de la prise en charge libérale. L'objectif final est de reconnaître l'activité hospitalière d'éducation du patient pour en permettre son financement et son développement, mais aussi de rémunérer, hors structure hospitalière, des acteurs dont la discipline de base peut être variée (médecins, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes, patients eux-mêmes, psychologues, pédagogues...) pour leur participation à des actions d'éducation du patient, dans le cadre de points d'éducation générale ou spécialisée.

3-2-3.- Mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants

L'INPES aura pour mission de diffuser des outils d'accompagnement de l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé, les promoteurs de projet et pour les patients.

En parallèle, il est envisagé de développer une coordination régionale des ressources en éducation du patient et d'un répertoire de l'offre en éducation pour la santé. Certains de ces éléments devront pouvoir être retrouvés sur le portail Internet « maladies chroniques » proposant des « points d'information et d'éducation » locaux.

3-2-4.- Reconnaître de nouveaux acteurs de prévention

Ces mesures importantes ont déjà évolué depuis leur création puisque le remboursement par l'assurance maladie des soins podologiques (dispensés par un pédicure-podologue) relatifs à la prévention du pied diabétique selon les grades du risque de lésion, sont passées de 2 séances à 4 séances pour les grades 2 (neuropathie associée à une déformation du pied et/ou à une artérite), et de 4 à 6 séances par an pour les grades 3 (antécédent d'amputation ou d'ulcération du pied).

Ont été également mises en œuvre :

- la prise en charge des produits hors autorisation de mise sur le marché ou non inscrits au remboursement pour les diabétiques et pris en charge au titre des affections de longue durée, si ces produits figurent dans les recommandations HAS et dans les protocoles de soins ALD.
- le développement des nouveaux métiers autour de l'éducation du patient et de la coordination, à partir des résultats de l'évaluation qui sera réalisée par la Haute autorité de santé des 16 expérimentations de délégations de tâches (expérimentations BERLAND) et modification des décrets de compétences permettant la réalisation d'actes de prévention et d'éducation du patient par des professionnels de santé formés (exemple : orthoptistes, infirmières et techniciens notamment pour le dépistage de la rétinopathie diabétique).

3-3.- Faciliter la vie quotidienne des malades

3-3-1.- Développer un accompagnement personnalisé des malades

Il s'agit de la poursuite des expérimentations de nouveaux métiers de coordination médico-sociale, autour par exemple de la création de « coordinateurs de soins » qui accompagnent les personnes atteintes de polyopathologies.

L'analyse des expérimentations nationales coordonnées par l'Etat, l'Assurance Maladie, la HAS et l'INPES s'agissant de programmes personnalisés d'accompagnement, a conduit la CNAMTS, pour le diabète, à mettre en œuvre un programme de gestion coordonnée des patients diabétiques (plate-forme d'information téléphonique avec suivi personnalisé) sur une base territoriale (programme SOPHIA).

3-3-2.- Etendre au diabète les missions du correspondant handicap dans l'entreprise

Cette mesure se base sur la diffusion aux entreprises du guide pratique sur « l'emploi des personnes handicapées » rappelant leurs obligations d'employer des travailleurs handicapés (quota de 6 %) avec les aides correspondantes à l'insertion (aides financières de l'AGEFIPH pour aider les entreprises à adapter les postes de travail et rémunérer si besoin un accompagnant) et un accompagnement possible des personnes par Cap emploi.

3-4.- Mieux connaître les besoins

3-4-1.- Analyser et consolider les données épidémiologiques

L'Institut de veille sanitaire et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, vont mettre en place une coordination nationale des données épidémiologiques en lien avec l'Institut des données en santé, en y associant des représentants de l'assurance maladie, de l'Institut de veille sanitaire, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé afin de permettre :

- un suivi épidémiologique des maladies chroniques : incidence, prévalence, facteurs de risque, complications et qualité de vie ;
- la production des indicateurs du tableau de bord mis en place dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (49 objectifs sur 100 portent sur les maladies chroniques) ;
- la constitution et la mise à jour du volet épidémiologique du portail Internet national « Maladies chroniques ».

3-4-2.- Développer les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie

Ce dernier axe nous concerne particulièrement puisqu'il prône d'encourager et de renforcer les recherches dans le champ de la qualité de vie des diabétiques. Le plan a inscrit le thème « qualité de vie et maladies chroniques » dans le programme hospitalier de recherche clinique dès 2007 puis a lancé à partir de 2008 un programme de recherche pour la labellisation d'équipes interdisciplinaires sur le thème « qualité de vie et maladies chroniques » en lien avec l'Institut de recherche en santé publique.

4.- La thérapeutique dans toute sa complexité : qualité de vie et qualité de soins

4-1.- L'inertie thérapeutique

L'inertie thérapeutique, concept récemment introduit dans l'analyse des comportements médicaux, peut se définir comme le retard à prescrire pour un patient clairement identifié au plan diagnostic, le traitement préconisé par les recommandations de bonne pratique clinique concernant la maladie dont il est atteint. L'inertie serait le fossé qui existe entre ce qui devrait être fait au nom de l'*Evidence-based Medicine* (EBM) et le soin dans la « vraie vie ». Ce fossé pourrait être la conséquence de la rencontre entre une « connaissance » produite si possible sans biais, celle de l'EBM, et une « pratique » nécessairement accompagnée de biais, celle du médecin dans la « vraie » vie [11].

S'agissant du diabète de type 2, l'attitude retardée concerne non seulement les traitements de la maladie propre, mais aussi ceux visant à réduire les risques associés, tels que la problématique cardiovasculaire (antihypertenseur, normolipémiants...), rénale, neurologique ou oculaire [12]. Ainsi, alors que dans cette pathologie, les médecins trouvent qu'ils sont mieux équipés que dans les années antérieures pour gérer l'hyperglycémie, l'étude ENTRED 2007 constate que 41% des patients diabétiques n'atteignent pas les objectifs d'hémoglobine glyquée.

Sur un plan pratique, la démarche quotidienne du médecin généraliste face à son patient est de réaliser un diagnostic sur la base de données anamnésiques, cliniques et paracliniques. Ce dernier, associé aux connaissances scientifiques du thérapeute, devant se traduire secondairement par la mise en œuvre d'un traitement, guidé par les recommandations de sociétés savantes ou des agences de l'Etat. Il s'agit d'une démarche essentiellement centrée sur la maladie et non sur le patient.

Quelques raisons à l'inertie du médecin ont pu être identifiées :

- la surestimation de l'efficacité de ses soins (comme penser à contrôler l'HbA1c mieux, que ne le reflète la réalité),
- la confrontation aux « bonnes » raisons du patient pour ne pas suivre les mesures hygiéno-diététiques,
- une tendance à la procrastination avec souvent la persistance de cette conduite jusqu'à la résignation.
- la multiplication des nouvelles thérapeutiques auxquelles il n'est pas toujours facile pour les médecins de s'y bien préparer.
- l'appréhension des potentiels effets indésirables de certains médicaments, conduisant à souhaiter un faisceau de preuve suffisamment éprouvé quant à l'effet bénéfique d'une molécule [13], ce d'autant que le contexte sociétal y est peu favorable : les recommandations thérapeutiques sur le diabète de type 2, ont été retirées en mai 2011 par la Haute Autorité de Santé avant d'être republiées en 2013, tandis que de nombreux commentaires aux positions tranchées ont été médiatisés notamment au sein de revues grand-public [14] ou médicales [15, 16], contribuant souvent à déstabiliser les médecins comme leurs patients [17].

4-2.- La compliance thérapeutique

La compliance thérapeutique aujourd'hui appelée plutôt « observance thérapeutique » peut être définie comme la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Plusieurs composantes pouvant interagir les unes sur les autres positivement ou négativement, concourent à l'observance thérapeutique et à son maintien : cognitive, émotionnelle, comportementale et sociale.

Le comportement d'adhésion thérapeutique d'un patient diabétique peut ainsi être analysé selon cinq domaines d'approche : la maladie, le traitement médicamenteux, les facteurs démographiques et socio-économiques, le patient et/ou son entourage et le système de soins.

4-2-1.- Facteurs liés à la maladie

La maladie diabétique possède des caractéristiques propres, susceptibles de freiner une adhésion rapide au traitement : le caractère asymptomatique de la maladie, la difficulté d'appréhender le long terme et les potentiels risques de complications, la nécessité d'une vigilance alimentaire quotidienne vécue souvent comme contraignante et donc délaissée.

4-2-2.- Facteurs liés au traitement médicamenteux

Les molécules elles-mêmes peuvent intervenir comme potentiels freins à la compliance du patient : effets indésirables, horaires de prises, liens ou non avec la prise alimentaire, comprimés trop volumineux pour être déglutis facilement, quantité de médicaments...

Polonski et Al [18], ont ainsi relevé que les causes les plus fréquemment citées dans le refus de l'insulinothérapie étaient : les contraintes liées au traitement (42,5%), l'idée d'un traitement à vie (45%), la peur de l'hypoglycémie (43,3%), un sentiment d'échec personnel (43,3%), la peur de la prise de poids.

Il semble que la mise sous insuline soit vécue comme la punition d'erreurs passées et surtout le signe d'une aggravation de la maladie, ce que les patients aimeraient pouvoir nier. L'identification de telles croyances, peut permettre d'y répondre sans dramatiser ni banaliser l'insulinothérapie. C'est alors l'occasion pour le patient d'être reconnu comme un véritable acteur de la prise en charge de son diabète [19].

4-2-3.- Facteurs démographiques et socio-économiques

Le défaut d'adhésion semble plus important chez les personnes âgées, les freins identifiés étant plutôt d'ordre organisationnel, liés aux conditions économiques, matérielles et sociales (isolement, précarité, coût restant à la charge du patient...).

4-2-4.- Facteurs liés au patient et/ou à son entourage

L'observance thérapeutique peut également être fonction de paramètres spécifiques propres au patient, intégrant des concepts culturels, des acquis religieux, des croyances paramédicales (naturopathique, irridologique, étiopathique, homéopathique...). La construction finale de la représentation de la maladie et de son traitement, prend ainsi en compte les connaissances antérieures du patient, ses expériences vécues (notamment des effets indésirables thérapeutiques ou à l'inverse d'effets délétères de la maladie), le tout infléchi par un environnement spécifique, familial, social, professionnel, culturel, spirituel.

Les stratégies d'adaptation et la motivation des patients agissent curieusement sur la prescription médicale. Pour Taylor [20], les patients cherchent souvent à donner un sens à leur maladie et à la prise d'un traitement, ce qui leur permet de garder une certaine maîtrise de leur environnement. Un manque d'adhésion au traitement peut ainsi être l'expression d'un désir de se réapproprier le contrôle décisionnel. La compréhension de la construction identitaire mis en œuvre par le patient dans le cadre de sa maladie, de son intégration dans un schéma de vie et de son implication dans le contrôle des problématiques induites, vont très largement conditionner son comportement thérapeutique donc son lien au thérapeute. A l'inverse, l'attitude médicale et le discours à l'égard de la maladie vont inconsciemment contractualiser le futur lien thérapeutique de confiance.

4-2-5.- Facteurs liés au système de soins

Cette qualité de la relation médecin-patient impacte donc la perception du patient quant à l'utilité de son traitement, mais aussi quant à son rôle propre en matière de capacités à accepter, moduler et respecter la mise en œuvre de ce traitement. La modulation de l'offre thérapeutique proposée par le soignant intègre donc pour une meilleure approche, des croyances, des peurs, des contraintes et des souhaits du patient. De fait, cette incrémentation progressive de l'abord thérapeutique permet de favoriser la meilleure adhésion possible du malade au projet.

C'est le principe du contrat de soin ou du plan personnalisé de santé développé en éducation thérapeutique, qui se dessine aussi dans le domaine allopathique en accord avec les dernières recommandations. L'éducation thérapeutique multi disciplinaire favorise ainsi cette interaction entre les acteurs de soins et leurs patients et/ou leur entourage. Ce gain en nouvelles compétences est d'ailleurs réciproque puisqu'il permet aux premiers d'améliorer la compliance des malades à l'égard de leurs traitements, mais aussi à ces derniers de solliciter les soignants susceptibles d'une certaine inertie thérapeutique [21].

4-3.- Les études sur les comportements en thérapeutique

4-3-1.- L'étude PANORAMA

L'étude européenne PANORAMA s'est intéressée aux patients diabétiques de type 2 depuis au moins 1 an, suivis par leur médecin depuis 1 an ou plus, sans changement de leur traitement antidiabétique dans les 3 derniers mois précédant leur inclusion.

En France, seuls des médecins généralistes ont participé à l'étude. Il leur était demandé, si l'objectif d'HbA1c n'était pas atteint, d'indiquer les raisons présumées de cet écart puis, s'ils attribuaient ce résultat à une réticence de leur part à intensifier le traitement, d'en donner les raisons ou de préciser les mesures entreprises pour améliorer le contrôle glycémique.

Les médecins français s'étaient fixés un objectif d'HbA1c plutôt ambitieux à 6,6%. Pour ces derniers, lorsque les objectifs n'étaient pas atteints, la cause était principalement un problème d'adhésion du patient aux mesures hygiéno-diététiques (58%). Comparativement, les médecins des autres pays en attribuaient la cause aux patients pour 48,1% (sauf pour les belges qui l'imputent aussi à 58,3%). En France, 16,4% des médecins évoquent une réticence du patient à l'intensification du traitement, 13,6% une mauvaise observance médicamenteuse, 3,7% la peur de l'hypoglycémie, 2,8% la peur de problème gastro-intestinaux, 1,6% la peur de la prise de poids, 1,2% la peur d'interactions médicamenteuses et 0,1% le coût.

Echec thérapeutique	26,9 %
Mauvaise adhésion aux recommandations de style de vie	58 %
mauvaise observance médicamenteuse	13,6 %
mauvaise observance à l'autocontrôle glycémique	11,5 %

Tableau 2 : Raison de la non obtention des résultats d'HbA1c

De fait, les actions entreprises pour améliorer la prise en charge des diabétiques reposent sur le renforcement de l'éducation thérapeutique, mesure de loin la plus privilégiée en France. Le recours à la consultation spécialisée en diabétologie est assez fréquent dans notre pays (9,2%), alors que la mise sous insulinothérapie est moins proposée en France que dans les autres pays (2,6% contre 3,9%).

Par ailleurs, cette étude rapporte les problématiques thérapeutiques signalées aux médecins par leurs patients, dont on retiendra les éléments essentiels : 60,3% déplorent une prise de poids, 15,5% des problèmes digestifs, 5,7% des œdèmes de membres inférieurs [22].

4-3-2.- L'étude DIAttitude

L'étude DIAttitude [23], réalisée en France, a recruté 17493 patients ayant eu au moins deux dosages d'HbA1c à 3 mois d'intervalle avant l'inclusion.

Elle a ainsi identifié 3118 patients (18%) qui auraient nécessité une intensification de leur traitement. Parmi ceux-ci, seuls 1212 patients (soit 39% d'entre eux) ont effectivement eu cette intensification dans les six mois, c'est-à-dire une augmentation de la posologie dans 57% des cas, une augmentation du nombre d'ADO dans 35 % des cas, une augmentation des deux dans 3,5% et un passage à l'insuline chez 4,5% des patients. A un an toutefois, 59% des patients avaient bénéficié d'une intensification thérapeutique.

Dans une seconde partie, l'étude s'est intéressée à la typologie des patients afin d'identifier les raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'avaient pas intensifié le traitement.

Les données ont été recueillies pour 2109 patients. Parmi ceux-ci 41% nécessitaient une intensification thérapeutique. Pour les patients en monothérapie, le médecin généraliste justifiait le non renforcement du traitement en raison d'une l'HbA1c jugée satisfaisante à 53% (bien que supérieure à 7% dans 32% des cas), puis par ordre décroissant, en attente des effets de mesures hygiéno-diététiques, en attente d'une prochaine consultation, en raison d'une baisse d'HbA1c en cours (même si dans 60% des cas ce n'était pas le cas), en raison d'autres priorités que le diabète évoquées en consultation.

Le jeune âge (40 à 60ans) et une HbA1c entre 7 et 8% sont associés au principe de renforcement, tandis qu'un âge plus élevé (à partir de 68 ans) et un taux d'HbA1c proche ou dépassant 9% entraînent un frein au renforcement. Au-delà de 68 ans, les médecins généralistes se questionnent sur le bénéfice/risque de l'intensification du traitement, notamment s'agissant de l'hypoglycémie sous insuline. Ils évoquent par ailleurs les craintes et les refus des patients [24].

4-3-3.- *L'étude ACCORD-VADT*

Cette étude bien connue, a permis de s'interroger sur le bénéfice du principe du renforcement thérapeutique systématique et strict, quel que soit le profil du patient, en révélant des problématiques secondaires potentiellement sévères : hypoglycémies graves, prise de poids importante (supérieure à 10 kg), surmortalité globale.

Menée au sein d'une population d'âge avancé, fragile, au terrain diabétique ancien, l'étude ACCORD sert aujourd'hui à différencier dans le comportement médical, l'inertie clinique « nonchalante », de la « non intensification légitime » [23]. Elle souligne ainsi la nécessité d'individualiser les objectifs glycémiques pour chaque patient diabétique de type 2, notamment chez les personnes âgées et les sujets ayant des co-morbidités cardiovasculaires, ce qui a été relayé par les dernières recommandations nationales [12].

4-4.- Les nouvelles recommandations thérapeutiques

C'est, fort de cette analyse causale de l'inertie médicale d'une part et de la compliance des patients d'autre part, qu'une nouvelle approche thérapeutique a été proposée, en avril 2012, par le groupe de travail réunissant des experts de l'ADA (Association Américaine du Diabète) et de l'EASD (European Association for the Study of Diabetes). Leurs recommandations sur « l'utilisation des thérapeutiques anti-hyperglycémiantes chez les adultes diabétiques de type 2 en dehors de la grossesse » [25] se démarquent ainsi des précédentes par leurs propositions beaucoup moins dogmatiques, à la fois humanistes et scientifiques.

Alors que la France avait ses propres recommandations thérapeutiques sur le diabète de type 2 depuis 2006, la Haute Autorité de Santé les a retiré en mai 2011 pour des raisons que cette thèse n'a pas mission de débattre. Un an et demi plus tard, en janvier 2013, les autorités de tutelle ont publié de nouvelles recommandations sur la prise en charge médicamenteuse du diabétique de type 2.

En proposant une stratégie forte de l'expertise de grandes sociétés savantes (Société francophone de diabétologie, Société européenne de diabétologie et

Société américaine de diabétologie), cette nouvelle publication vient donc soutenir les praticiens dans leur approche thérapeutique, avec des propositions les plus pragmatiques jamais publiées. Elles intègrent en effet des notions aussi capitales que les motivations des patients, leur espérance de vie, l'ancienneté de leur diabète, leurs comorbidités, leurs complications, leurs risques hypoglycémiques, les effets indésirables des médications, leurs ressources (paramètre important aux Etats-Unis)...

Dans l'ensemble, du bon sens pratique, mais jamais formellement écrit : individualiser les thérapeutiques, c'est donc accepter qu'elles soient infléchies par les souhaits et les capacités du patient.

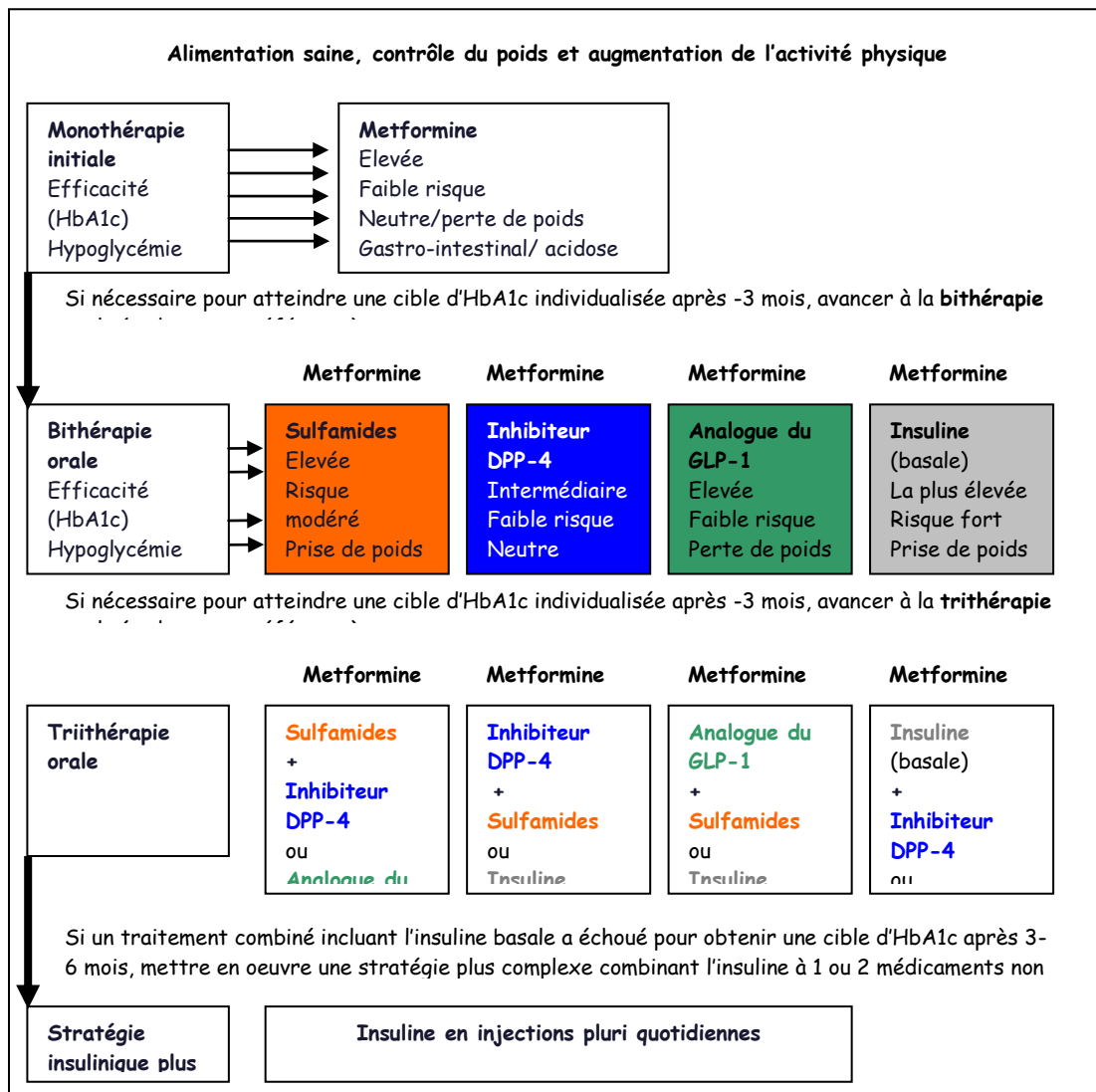


Tableau 3 : stratégie des anti-hyperglycémiques du diabète de type 2

De fait, la nouveauté essentielle de cette arborescence décisionnelle (cf. tableau 3) est l'introduction de facteurs devant pondérer les choix thérapeutiques :

- la qualité de vie du patient,
- ses objectifs de vie,
- ses risques (hypoglycémies, poids...),
- ses coûts financiers...

La nouveauté de ce texte repose essentiellement sur son approche beaucoup plus ouverte et plus pratique : que faire dans la « vraie vie » ?

La réponse tient en deux mots : réfléchir et écouter. Toutes les combinaisons thérapeutiques sont envisageables à la condition impérative qu'elles reposent sur un raisonnement.

Il ne s'agit donc pas de cautionner l'inertie thérapeutique de certains cliniciens ou d'excuser la mauvaise compliance thérapeutique de quelques diabétiques, mais bien d'affirmer une prescription réfléchie intégrant au sein d'exigences scientifiques, les spécificités du patient.

5.- L'enquête prospective vendéenne

5-1.- Matériels et méthodes

5-1-1 .- L'étude

Il s'agit d'une étude multi-centrique prospective, menée chez des patients hospitalisés au Centre Hospitalier des Sables d'Olonne et en consultation externe en cabinets de médecine générale à la Roche-sur-Yon et à la Ferrière, du 1^{er} juillet au 31 décembre 2012.

Nous avons remis un questionnaire à 103 patients pendant cette période.

a- Les critères d'inclusion

- patient de plus de 18 ans
- patient diabétique de type 2

b- Les critères d'exclusion

- patients présentant des troubles cognitifs ne leur permettant pas de répondre aux questions
- patients ne comprenant pas le français

5-1-2 .- Les centres

a- Le centre hospitalier

L'étude a été menée partiellement au sein du service de médecine interne du Centre Hospitalier Général « Côte de Lumière », des Sables d'Olonne. Cet établissement comporte 188 lits exclusivement dédiés à la médecine, la prise en charge chirurgicale étant transférée à la Clinique « Porte Océane » située sur le même site et en communication avec l'établissement par des passerelles.

Les patients ont été recrutés dans l'unité d'Hospitalisation de semaine d'endocrinologie et de diabétologie de 8 lits. Le questionnaire était proposé au patient à son admission. Bien entendu, aucune obligation d'adhésion au principe de l'étude n'était exigée. Tous les patients étaient avertis de l'objectif de ce travail et conscients que leurs réponses seraient anonymisées avant d'être analysées.

b- Les cabinets de médecine générale

Les autres diabétiques furent recrutés au sein de la patientelle de six médecins généralistes dans trois cabinets de médecine générale. Quatre médecins sont installés dans le centre-ville de la Roche-sur-Yon et deux en milieu rural à la Ferrière.

5-1-3. Tests statistiques

Pour le traitement des données, nous avons utilisé deux tests statistiques : le test de Student et le test de Kruskal Wallis

a- Le test de Student,

Ce test permet de comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes de sujets indépendants définis par les modalités de la variable qualitative. Il désigne un ensemble de tests paramétriques où la statistique calculée suit une loi de Student. Il est utilisé notamment pour tester deux variables aléatoires suivant une loi normale et de variance inconnue. Très souvent utilisé pour tester la nullité d'un coefficient dans le cadre d'une régression linéaire, il permet aussi de comparer les moyennes de deux échantillons statistiques.

b- Le test de Kruskal Wallis

Ce test est utilisé pour comparer au moins trois échantillons et tester l'hypothèse nulle suivant laquelle les différents échantillons à comparer sont issus de la même distribution ou de distributions de même médiane. Ce test est utilisé lorsqu'il faut décider si plusieurs groupes indépendants définis par les modalités du facteur d'étude sont issus de la même population.

5-2.- Les résultats

5-2-1. Analyse descriptive

En secteur d'hospitalisation, il y a eu deux refus de participation : l'un en raison d'un désintérêt affiché pour le sujet et l'autre en raison d'un questionnaire vécu comme trop complexe. En ville, il n'y a pas eu de refus.

Au total, 101 patients ont rempli le questionnaire. Sur les 101 patients, seulement 65 ont rempli la première partie du questionnaire en totalité, permettant le calcul du score SF12 mental et physique.

Les résultats sont répertoriés dans les tableaux suivants :

Tableau 4. Caractéristiques de la population étudiée

Age, moyenne $\pm$ DS	63.9 ($\pm$ 12.3)
Sexe (H), n (%)	53 (52.5)
Ancienneté diabète, n (%)	93 (92.1)
< 5 ans	20 (21.5)
5 à 10 ans	30 (30.3)
10 à 15 ans	22 (23.6)
> 15 ans	21 (22.5)
Profession, n (%)	95 (94.1)
Retraité	63 (66.3)
Invalidité	5 (5.3)
Fonctionnaires	2 (2.1)
Cadres	1 (1.1)
Ouvriers	2 (2.1)
Employés autres	12 (12.6)
Artisans	3 (3.2)
Sans emploi	7 (7.4)

Tableau 5. Santé perçue

Santé, n (%)	85 (84.2)
Excellente	1 (1.2)
Très bonne	4 (4.7)
Bonne	52 (61.2)
Médiocre	22 (25.9)
Mauvaise	6 (7.1)

Tableau 6. Répercussion physique

Gêne dans les activités physiques :	
Efforts modérées, n (%)	95 (94.1)
Beaucoup	18 (18.9)
Un peu	38 (40)
Pas du tout	39 (41.1)
Escaliers, n (%)	97 (96)
Beaucoup	29 (29.9)
Un peu	47 (48.5)
Pas du tout	21 (21.6)
Retentissement physique	
Limitation des activités, n (%)	100 (99)
Oui	39 (39)
Non	61 (61)
Arrêt des activités, n (%)	99 (98)
Oui	34 (34.3)
Non	65 (65.6)

Tableau 7. Répercussion psychique

Retentissement émotionnel	
Limitation des activités, n (%)	93 (92.1)
Oui	40 (43)
Non	53 (56.9)
Arrêt des activités, n (%)	91 (90.1)
Oui	36 (39.6)
Non	55 (60.4)

Tableau 8. Répercussion clinique quotidienne

Gêne physique au travail et au quotidien, n (%)	98 (97)
Pas du tout	28 (28.6)
Un petit peu	17 (17.3)
Moyennement	32 (32.6)
Beaucoup	20 (20.4)
Enormément	1 (1.1)

Retentissement de l'état de santé sur les relations, n (%)	98 (97)
Tout le temps	3 (3)
Une grande partie du temps	9 (9.2)
De temps en temps	33 (33.7)
Rarement	33 (33.7)
Jamais	20 (20.4)

Sur les 4 dernières semaines	
Moments calmes, n (%)	99 (98)
En permanence	8 (8.1)
Très souvent	11 (11.1)
Souvent	32 (32.3)
Quelques fois	31 (31.3)
Rarement	13 (13.1)
Jamais	4 (4.1)
Moments débordant d'énergie, n (%)	99 (98)
En permanence	1 (1)
Très souvent	7 (7.1)
Souvent	24 (24.2)
Quelques fois	32 (32.3)
Rarement	25 (25.3)
Jamais	10 (10.1)
Moments tristes, n (%)	96 (95)
En permanence	0 (0)
Très souvent	10 (10.4)
Souvent	14 (14.6)
Quelques fois	29 (30.2)
Rarement	25 (26)
jamais	18 (18.8)

Tableau 9. La maladie diabétique

Connaissance dernière HbA1c, n (%)	96 (95)
Oui, n (%)	52 (54.2)
Non	44 (45.8)
Valeur HbA1c, moyenne $\pm$ DS	7.7 (1.2)
Equilibre du diabète, n (%)	96 (95)
Très bien équilibré	3 (3.1)
Bien équilibré	26 (27.1)
Plutôt mal équilibré	52 (54.2)
Très mal équilibré	15 (15.6)
Auto évaluation des habitudes alimentaires, n (%)	91 (90.1)
Adaptées à votre diabète	51 (56.1)
Non adaptées à votre diabète	40 (43.9)
Auto évaluation de la gravité du diabète, n (%)	95 (94.1)
Anodine	0 (0)
Peu grave	16 (16.8)
Grave	56 (59)
Très grave	23 (24.2)
Traitement, n (%)	98 (97)
Régime alimentaire seul	8 (8.2)
Comprimés seuls	47 (48)
Comprimés et insuline	26 (26.5)
Insuline seule	17 (17.3)

Tableau 10. Besoins informatifs

Informés,	
Sur le diabète, n (%)	95 (94.1)
Oui	72 (75.8)
Non	23 (24.2)
Sur l'alimentation, n (%)	91 (90.1)
Oui	64 (70.3)
Non	27 (29.6)
Les traitements, n (%)	89 (88.1)
Oui	58 (65.2)
Non	31 (34.8)
La surveillance de la maladie, n (%)	92 (91.1)
Oui	67 (72.8)
Non	25 (27.1)
Votre réponse à un malaise, n (%)	84 (83.2)
Oui	43 (51.2)
Non	41 (48.8)
Les associations de malades, n (%)	80 (79.2)
Oui	26 (32.5)
Non	54 (67.5)

Tableau 11. Implication médicale

Intérêt du médecin	
A ce que vous dites, n (%)	95 (94.1)
Oui	85 (89.5)
Non	10 (10.5)
A votre alimentation, n (%)	92 (91.1)
Oui	66 (71.7)
Non	26 (28.2)
A votre activité physique, n (%)	91 (90)
Oui	62 (68.1)
Non	29 (31.8)
A vos habitudes de vie, n (%)	87 (86.1)
Oui	57 (65.5)
Non	30 (34.4)
A votre moral, n (%)	89 (88.1)
Oui	56 (62.9)
Non	33 (37.0)
A votre activité professionnelle, n (%)	71 (70.3)
Oui	25 (35.2)
Non	46 (64.7)

Tableau 12. Impact du diabète sur la vie

Impact du diabète sur	
Vos relations sociales, n (%)	90 (89.1)
Oui	18 (20)
Non	72 (80)
Votre vie de couple, n (%)	81 (80.2)
Oui	18 (22.2)
Non	63 (77.7)
Votre vie professionnelle, n (%)	81 (80.2)
Oui	11 (13.6)
Non	70 (86.4)
Vos ressources financières, n (%)	85 (84.2)
Oui	18 (21.2)
Non	67 (78.8)
Votre bien être corporel, n (%)	84 (83.2)
Oui	36 (42.9)
Non	48 (57.1)
Votre bien être psychique, n (%)	85 (84.2)
Oui	40 (47.1)
Non	45 (52.9)
Vos loisirs, n (%)	89 (88.1)
Oui	30 (33.7)
Non	59 (66.2)
Votre autonomie, n (%)	88 (87.1)
Oui	31 (35.2)
Non	57 (64.7)
Aucun impact, n (%)	75 (74.3)
Oui	14 (18.7)
Non	61 (81.3)

Dans votre vie de diabétique	
Modifier mes habitudes alimentaires, n (%)	94 (93.1)
Facile	41 (43.6)
Difficile	53 (56.4)
Prendre le traitement, n (%)	90 (89.1)
Facile	66 (73.3)
Difficile	24 (26.7)
Gérer les situations imprévues, n (%)	88 (87.2)
Facile	41 (46.6)
Difficile	47 (53.4)
Pratiquer une activité physique régulière, n (%)	89 (88.1)
Facile	36 (40.5)
Difficile	53 (59.5)
Aller périodiquement voir le médecin, n (%)	97 (96)
Facile	77 (79.4)
Difficile	20 (20.6)
Accepter mon diabète, n (%)	95 (94.1)
Facile	44 (46.3)
Difficile	51 (53.7)
Dans le cadre de votre diabète, vous souhaiteriez	
Prendre plus de décisions, n (%)	87 (86.2)
Oui	44 (50.6)
Non	43 (49.4)
Un soutien de votre entourage, n (%)	87 (86.1)
Oui	34 (39.1)
Non	53 (60.9)
Un soutien par d'autres diabétiques, n (%)	84 (83.2)
Oui	23 (27.4)
Non	61 (72.6)
Un soutien psychologique, n (%)	88 (87.2)
Oui	17 (19.3)
Non	71 (80.6)
Bénéficier de plus d'explications, n (%)	84 (83.2)
Oui	39 (46.4)
Non	45 (53.5)
Score physique, moyenne $\pm$ DS	42.1 (10.2)
Score mental, moyenne $\pm$ DS	45.1 (11.3)

5-2-2. Analyse statistique uni variée en fonction du SF12

L'analyse statistique fut mise en œuvre à l'aide du logiciel SYSTAT 7.0.

La première partie du questionnaire « qualité de vie » proposé à nos patients reprend les tests de qualité de vie SF12. Nous avons donc calculé le score SF12 (physique et mental) pour chaque patient ayant renseigné tous les items de cette partie du questionnaire, en utilisant le calculateur en ligne du site dédié QualityMetric.com. Une analyse statistique descriptive de toutes les données du questionnaire rempli par les patients diabétiques (chaque donnée correspondant chacune à une question) a ensuite été effectué en y incluant aussi les deux variables calculées : score SF12 physique et score SF12 mental.

Afin d'étudier l'influence de chaque variable sur le score de qualité de vie SF12 (physique et mental), le score SF12 (physique, puis mental) fut comparé selon les modalités de chaque variable qualitative (tests d'indépendance).

Pour ce faire, les trois variables continues : âge, hémoglobine glyquée et profession furent transformées en variables qualitatives à deux ou plusieurs modalités.

Pour l'âge, les catégories étaient moins de 45 ans, de 45 à 54 ans, de 55 à 64 ans, de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans et de plus de 80 ans.

L'hémoglobine glyquée était classée en moins de 7%, de 7,1 à 8,0 de 8.1 à 9.1 et au-dessus de 10.

La profession n'induisait pas de différence significative sur le SF mental ou sur le SF physique. Pensant que cela pouvait être dû à une surreprésentation de la catégorie retraitée (66.3%), nous avons opté pour une comparaison actifs versus inactifs.

Le test t de Student fut utilisé pour les variables qualitatives à deux modalités et le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables qualitatives à plus de deux modalités.

Nous avons enfin terminé cette analyse univariée en écartant les données issues de la partie « qualité de vie », afin d'étudier l'association statistique entre toutes les autres variables, l'une après l'autre.

Le test de χ^2 corrigé par le test exact de Fisher fut utilisé pour ces variables qualitatives.

Pour l'ensemble de ces tests, un degré de signification (p) < 0,05 était considéré comme statistiquement significatif.

Nous avons créé des catégories d'âges et d'HbA1c afin de pouvoir les comparer à l'étude ENTRED 2007.

Les tableaux suivant présentent les analyses statistiques entre les différentes questions posées et le score SF12 physique et mental.

Tableau 13. Analyse uni-variée des caractéristiques de la population étudiée

	SF12 physique	SF12 mental
Age, n (SR)		
<45	3 (123)	3 (134.5)
45-54	12 (389.5)	12 (404.5)
55-64	17 (614)	17 (471.5)
65-69	13 (401.5)	13 (438)
70-74	7 (227.5)	7 (285.5)
75-79	9 (269)	9 (311.5)
≥80	5 (186.5)	5 (165.5)
p	0.954	0.727
Sexe, n (moyenne ± DS)		
Homme	34 (44.5 ±10.4)	34 (47.2 ±11.2)
Femme	32 (39.6 ±9.7)	32 (42.9 ±11.3)
p	0.054	0.120
Ancienneté diabète, n (SR)		
<5 ans	13 (443.5)	13 (373.5)
5-9 ans	17 (581)	17 (563.5)
10-14 ans	17 (545)	17 (538)
>15 ans	13 (260.5)	13 (355)
p	0.106	0.793
Profession, n (moyenne ± DS)		
Actif	18 (46.4 ±7.9)	18 (46.8 ±11.2)
Inactif	46 (40.6 ±10.8)	46 (44.2 ±11.5)
p	0.022	0.422

Tableau 14. La maladie diabétique

	SF12 physique	SF12 mental
Connaissance dernière HbA1c, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	39 (43.4 $\pm$ 9.6)	39 (44.8 $\pm$ 11.8)
Non	27 (40.3 $\pm$ 11)	27 (45.5 $\pm$ 10.8)
p	0.235	0.795
Valeur HbA1c, n (SR)		
≤ 7	10 (186.5)	10 (211.5)
7,1-8	13 (291.5)	13 (198.5)
8,1-10	14 (254)	14 (321.5)
>10	1 (9)	1 (9.5)
p	0.559	0.232
Equilibre du diabète, n (SR)		
Très bien équilibré	2 (95.5)	2 (73.5)
Bien équilibré	18 (714.5)	18 (660)
Plutôt mal équilibré	33 (1010.5)	33 (968)
Très mal équilibré	11 (259.5)	11 (378.5)
p	0.075	0.556
Habitudes alimentaires, n (moyenne $\pm$ DS)		
Adaptées à votre diabète	35 (40.8 $\pm$ 9.5)	35 (46.7 $\pm$ 11.1)
Non adaptées à votre diabète	28 (42.9 $\pm$ 11.3)	28 (42.8 $\pm$ 11.9)
p	0.437	0.188
Gravité du diabète, n (SR)		
Anodine	0	0
Peu grave	10 (439)	10 (439)
Grave	38 (1277.5)	38 (1110)
Très grave	16 (363.5)	16 (531)
p	0.016	0.083
Traitement, n (SR)		
Régime alimentaire seul	4 (181)	4 (128.5)
Comprimés seuls	33 (1288.5)	33 (1151)
Comprimés et insuline	20 (436.5)	20 (632)
Insuline seule	8 (239)	8 (233.5)
p	0.006	0.856

Tableau 15. Besoins informatifs

	SF12 physique	SF12 mental
Informés sur :		
-le diabète, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	49 (42.6)	49 (45.6)
Non	15 (40.3)	15 (45.1)
p	0.498	0.905
-l'alimentation, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	43 (42.6 $\pm$ 10.5)	43 (46.6 $\pm$ 10.9)
Non	17 (41.7 $\pm$ 9.9)	17 (42.2 $\pm$ 11.9)
p	0.770	0.315
-les traitements, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	37 (42.6 $\pm$ 10.4)	37 (46.2 $\pm$ 10.7)
Non	22 (42.2 $\pm$ 10.4)	22 (45.6 $\pm$ 11.8)
p	0.891	0.858
-la surveillance de la maladie, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	42 (41 $\pm$ 10.4)	42 (45.2 $\pm$ 10.6)
Non	20 (44.8 $\pm$ 9.7)	20 (46.2 $\pm$ 12.4)
p	0.162	0.755
-votre réponse à un malaise, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	29 (40.2 $\pm$ 11.2)	29 (45.5 $\pm$ 9.8)
Non	30 (44.3 $\pm$ 9.1)	30 (46.3 $\pm$ 12.8)
p	0.137	0.784
-les associations de malades, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	15 (46.4 $\pm$ 9.1)	15 (46.1 $\pm$ 10.7)
Non	39 (41.7 $\pm$ 10)	39 (46.1 $\pm$ 11.2)
p	0.110	0.986

Tableau 16. Implication médicale

	SF12 physique	SF12 mental
Intérêt du médecin à :		
-ce que vous dites, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	58 (41.6 $\pm$ 10.5)	58 (45.1 $\pm$ 10.5)
Non	4 (43 $\pm$ 8.4)	4 (41 $\pm$ 8.4)
p	0.775	0.292
-votre alimentation, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	43 (40.6 $\pm$ 10.1)	43 (45.1 $\pm$ 11.5)
Non	17 (44.5 $\pm$ 10.2)	17 (45.6 $\pm$ 10.4)
p	0.193	0.870
-votre activité physique, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	40 (41.2 $\pm$ 10.8)	40 (44.9 $\pm$ 12.4)
Non	21 (42 $\pm$ 9.2)	21 (45.7 $\pm$ 9.6)
p	0.771	0.784
-vos habitudes de vie, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	37 (42 $\pm$ 10.9)	37 (44.9 $\pm$ 12.9)
Non	21 (42 $\pm$ 9.7)	21 (46.4 $\pm$ 7.6)
p	0.986	0.577
-votre moral, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	35 (40.3 $\pm$ 10.6)	35 (42.3 $\pm$ 13.5)
Non	23 (44.8 $\pm$ 10)	23 (49.2 $\pm$ 6.7)
p	0.109	0.113
-votre activité professionnelle, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	16 (42.1 $\pm$ 11.6)	16 (44.2 $\pm$ 12.4)
Non	31 (44.5 $\pm$ 9.2)	31 (46.6 $\pm$ 10.2)
p	0.469	0.512

Tableau 17. Impact du diabète sur la vie

	SF12 physique	SF12 mental
Impact du diabète sur :		
-vos relations sociales, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	12 (35.3 $\pm$ 8.9)	12 (36.4 $\pm$ 9)
Non	47 (43.9 $\pm$ 10)	47 (47.4 $\pm$ 11.2)
p	0.009	0.002
-votre vie de couple, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	14 (42.1 $\pm$ 11.4)	14 (40 $\pm$ 10.2)
Non	40 (42.4 $\pm$ 10.5)	40 (48.8 $\pm$ 10.7)
p	0.914	0.012
-votre vie professionnelle, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	8 (38.7 $\pm$ 13)	8 (39 $\pm$ 13.4)
Non	45 (44.1 $\pm$ 9.2)	45 (46.3 $\pm$ 10.3)
p	0.298	0.177
-vos ressources financières, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	13 (37 $\pm$ 10.9)	13 (40.2 $\pm$ 11.1)
Non	43 (43 $\pm$ 9.9)	43 (46.6 $\pm$ 11.7)
p	0.091	0.090
-votre bien être corporel, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	22 (38 $\pm$ 11.2)	22 (43.8 $\pm$ 12)
Non	36 (43.4 $\pm$ 9.3)	36 (47 $\pm$ 10.7)
p	0.067	0.316
-votre bien être psychique, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	28 (35.7 $\pm$ 9.5)	28 (40.1 $\pm$ 11.5)
Non	32 (46.5 $\pm$ 8.2)	32 (49.3 $\pm$ 10.3)
p	<0.0001	0.002
-vos loisirs, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	24 (35.6 $\pm$ 10.3)	24 (41.7 $\pm$ 11.2)
Non	38 (45.6 $\pm$ 8.4)	38 (47 $\pm$ 11.5)
p	<0.0001	0.077
-votre autonomie, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	23 (36.3 $\pm$ 10.2)	23 (41.2 $\pm$ 10.8)
Non	37 (45.4 $\pm$ 9.2)	37 (47.8 $\pm$ 11.4)
p	0.001	0.027
-aucun impact, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	10 (44.3 $\pm$ 11.4)	10 (51.2 $\pm$ 10.4)
Non	49 (41.4 $\pm$ 10.4)	49 (43 $\pm$ 11.3)
p	0.471	0.043

	SF12 physique	SF12 mental
Dans votre vie de diabétique :		
-modifier mes habitudes alimentaires, n (moyenne $\pm$ DS)		
Facile	27 (39.2 $\pm$ 10.9)	27 (44.6 $\pm$ 11.8)
Difficile	36 (44.4 $\pm$ 9.4)	36 (45.2 $\pm$ 11.4)
p	0.054	0.847
-prendre le traitement, n (moyenne $\pm$ DS)		
Facile	43 (42.2 $\pm$ 10.7)	43 (45.4 $\pm$ 11.3)
Difficile	19 (41.2 $\pm$ 9.9)	19 (45.6 $\pm$ 10.9)
p	0.736	0.945
-gérer les situations imprévues, n (moyenne $\pm$ DS)		
Facile	27 (41.7 $\pm$ 11.1)	27 (47.1 $\pm$ 11.7)
Difficile	33 (41.9 $\pm$ 9.6)	33 (43.9 $\pm$ 10.6)
p	0.960	0.267
-pratiquer une activité physique régulière, n (moyenne $\pm$ DS)		
Facile	26 (47.3 $\pm$ 7.6)	26 (46.3 $\pm$ 11)
Difficile	36 (39 $\pm$ 10.6)	36 (43.6 $\pm$ 11.5)
p	0.001	0.366
-aller périodiquement voir le médecin, n (moyenne $\pm$ DS)		
Facile	48 (42.4 $\pm$ 10.8)	48 (46.3 $\pm$ 11.5)
Difficile	17 (41.3 $\pm$ 9)	17 (42.7 $\pm$ 10.2)
p	0.684	0.229
-accepter mon diabète, n (moyenne $\pm$ DS)		
Facile	29 (42.9 $\pm$ 10.7)	29 (50.1 $\pm$ 10.4)
Difficile	35 (41.4 $\pm$ 10.1)	35 (41.1 $\pm$ 10.6)
p	0.594	0.001

	SF12 physique	SF12 mental
Dans le cadre de votre diabète, vous souhaiteriez :		
-prendre plus de décisions, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	29 (40.4 $\pm$ 10.6)	29 (43.2 $\pm$ 12.3)
Non	32 (43.4 $\pm$ 10.2)	32 (46.5 $\pm$ 9.6)
p	0.267	0.253
-un soutien de votre entourage, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	23 (38.8 $\pm$ 10)	23 (42.8 $\pm$ 10.7)
Non	37 (43.4 $\pm$ 10.3)	37 (46.3 $\pm$ 11.3)
p	0.095	0.235
-un soutien par d'autres diabétiques, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	15 (40.2 $\pm$ 9.1)	15 (46.2 $\pm$ 9.2)
Non	46 (42.3 $\pm$ 10.7)	46 (45 $\pm$ 11.5)
p	0.455	0.695
-un soutien psychologique, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	13 (39.1 $\pm$ 9.5)	13 (38.5 $\pm$ 10.6)
Non	49 (42.4 $\pm$ 10.5)	49 (46.7 $\pm$ 10.7)
p	0.300	0.024
-bénéficier de plus d'explications, n (moyenne $\pm$ DS)		
Oui	27 (41.5 $\pm$ 10.4)	27 (44.3 $\pm$ 11.3)
Non	30 (42.5 $\pm$ 10.7)	30 (46 $\pm$ 11.2)
p	0.728	0.587

- L'âge : L'âge n'a pas d'influence significative sur les deux scores, physique et mental, y compris lorsqu'il s'agit de la perception de la santé.
- Le sexe : Les hommes ont un meilleur score SF12 physique que les femmes (en moyenne 44,5 au lieu de 39,6 pour les femmes). Cette tendance se vérifie dans les différents items du questionnaire, mais aucun d'entre eux ne ressort significativement dédié. Concernant les items émotionnels, aucune tendance en fonction du sexe n'est observable. A noter dans cette cohorte vendéenne, que les hommes sont plus jeunes que les femmes.
- L'ancienneté : Plus le diabète est ancien plus le score physique est altéré, même si cela n'est qu'une tendance ($p=0,106$) ; ce mouvement n'est pas retrouvé pour le score mental ($p=0,793$). De manière particulière et significative, l'ancienneté croissante du diabète est corrélée avec le fait de réduire la durée des activités ($p=0,006$), plus que le nombre des activités. Plus le diabète est ancien (surtout au-delà de 10 ans), plus les douleurs physiques sont significativement signalées ($p=0,082$).
- La profession : La population active présente un score physique significativement meilleur que la population inactive, élément que l'on ne retrouve pas s'agissant du score mental. Les retraités ont eu tendance à faire moins de choses que souhaitées en raison de leur état physique ($p=0,0042$) et sont plus souvent gênés par leur état (physique ou émotionnel) dans leur vie et dans leurs relations ($p=0,129$).
- La connaissance de l'HbA1c : La connaissance de son HbA1c et son niveau n'influence ni le score physique, ni le score mental. Toutefois les patients qui ne connaissent pas leur HbA1c ont fait moins de choses que souhaitées en raison de leur état physique ($p=0,103$) et mental ($p=0,09$). Le fait de connaître son HbA1c n'a pas d'impact significatif sur la perception par le diabétique de son état de santé.
- La valeur de l'HbA1c elle-même, n'a pas d'impact sur les deux scores SF12, même après analyse détaillée portant sur les différents items des scores.
- L'équilibre du diabète : plus le diabète est perçu comme équilibré, plus le score physique a tendance à s'améliorer ($p=0,075$), mais cette perception n'influence pas le score mental. Plus le diabète est perçu comme déséquilibré, moins les patients n'ont d'activités souhaitées en raison de leur état physique ($p=0,019$), et plus ils doivent les arrêter en raison de cet état ($p=0,021$). Plus le diabète est perçu comme déséquilibré, plus il est difficile pour les patients de faire des choses avec autant de soins et d'attentions ($p=0,025$). Plus le diabète est perçu comme mal équilibré, plus les malades sont gênés dans leur travail ou leurs activités domestiques, notamment par les douleurs physiques ($p=0,001$).
- Les habitudes alimentaires : le fait de déclarer un comportement nutritionnel adapté ou non, n'influence pas le score physique ($p=0,437$) et très peu le SF mental ($p=0,188$). Celui-ci reste toutefois meilleur si l'alimentation est considérée comme adaptée.

- Gravité de la maladie : la perception de la gravité de la maladie altère significativement le score physique ($p=0,016$), mais ne perturbe le score mental que sur une tendance non significative ($p=0,083$). Plus le diabète est perçu comme une maladie grave, plus la santé est perçue comme mauvaise ($p=0,011$), plus les patients sont gênés pour les efforts physiques modérés ($p=0,010$), pour monter plusieurs étages ($p=0,047$). Ils ont donc de fait, significativement arrêté leurs activités ($p=0,028$).
- Le traitement : plus le traitement est intensifié plus le score physique baisse ($p=0,006$), mais sans influence sur le score mental. Toutefois, les patients sous insulinothérapie semblent plus gênés à l'occasion d'efforts modérés ($p=0,008$). Les patients au traitement intensifié, souffrent plus de leur état physique ($p=0,083$), ce qui les a conduit à stopper leurs activités ($p=0,016$), gênés dans leur travail ou leurs activités domestiques par des douleurs ($p=0,007$).
- L'information : Globalement, le niveau d'information n'a pas d'influence significative sur les deux scores SF12. Toutefois, plus les patients se déclarent informés sur le diabète, plus ils se sentent mieux ($p=0,02$).
- Lors de la consultation : le corps médical semble en phase avec les besoins de leurs patients : plus le patient signale tristesse et/ou dépression, plus le médecin est décrit comme à l'écoute, ($p=0,016$). Plus le malade a des difficultés à agir en raison de son état émotionnel, plus le médecin s'intéresse à ces habitudes de vie ($p=0,093$) et à son moral ($p=0,018$).
- L'impact de la maladie : globalement, le diabète n'est pas déclaré comme impactant la vie sociale des patients ($p=0,009$) ou leur vie de couple ($p=0,002$). Par contre en données plus précises, plus les patients sont gênés dans les efforts physiques, plus le diabète impacte leur vie professionnelle ($p=0,077$) et leur vie relationnelle ($p=0,002$). Lorsque le score physique est bas avec une altération déclarée du bien être corporel, le diabète est signalé comme facteur impactant aussi le bien être psychique ($p=0,067$). Le fait de déclarer ne ressentir aucun impact du diabète sur sa vie est statistiquement corrélé à un bon score mental ($p=0,043$), mais sans lien avec les résultats du score physique ($p=0,471$).
- Les difficultés ressenties dans la vie quotidienne des patients diabétiques sont cohérentes avec la perception intuitive que le thérapeute peut comprendre de la maladie : la difficulté à pratiquer une activité physique est en lien avec SF12 physique altéré ($p=0,001$), mais sans lien avec le score mental ($p=0,366$). Par ailleurs, la difficulté à accepter la maladie diminue le SF mental ($p=0,001$).
Il est de même plus facile de pratiquer une activité physique quand la santé est perçue comme bonne ($p=0,012$) et plus facile d'accepter son diabète lorsque les patients peuvent réaliser autant de choses qu'ils le souhaitent ($p=0,052$).
- Les souhaits : Si la majorité des patients ne souhaite pas de soutien spécifique de leur entourage, les personnes qui déclarent en avoir besoin sont celles qui,

statistiquement avaient un score physique altéré ($p=0,095$) indépendamment du score mental. Les patients qui réclament vouloir infléchir les décisions quant à leur prise en charge sont ceux qui souffrent le plus sur le plan physique ($p=0,098$), qui se déclarent moins bien psychiquement ($p=0,059$) et qui globalement se sentent gênés dans leur vie et leurs relations aux autres ($p=0,034$). La demande de soutien par des associations n'est corrélée à aucun item.

5-2-3. Analyse uni variée croisée

- L'âge : plus le patient est âgé moins le médecin semble s'intéresser à ses habitudes de vie ($p=0,045$) et à son moral ($p=0,046$).
- Le sexe : le diabète est perçu comme une maladie plus grave par les femmes que par les hommes ($p=0,019$).
En consultation, les femmes ont, plus que les hommes, l'impression que leurs médecins généralistes s'intéressent à leurs problèmes psychologiques ($p=0,022$).
L'impact du diabète sur les relations sociales, sur le plan financier et sur le plan corporel est plus souvent décrit par les femmes (respectivement $p=0,026$, $p=0,070$, $p=0,058$) tandis que l'impact sur le couple est par contre, plus souvent signalé par les hommes ($p=0,070$).
Pratiquer une activité physique et accepter son diabète semble plus facile pour les hommes que pour les femmes (respectivement $p=0,010$ et $p=0,076$). Au plan psychologique, les femmes souhaitent plus de soutien que les hommes ($p=0,006$).
- L'ancienneté du diabète : plus le diabète est ancien, plus il impacte sur le couple ($p=0,025$), sur le bien être psychique ($p=0,056$), sur les loisirs ($p=0,005$), et sur l'autonomie ($p=0,025$). Il n'y a pas de corrélation statistique avec le bien-être corporel.
- L'activité professionnelle : Les personnes actives jugent leur alimentation plutôt non adaptée à leur diabète, alors que les retraités la juge plus souvent adaptée ($p=0,048$). Les sujets actifs ont par ailleurs tendance à considérer le diabète comme une maladie plus grave que les retraités ($p=0,093$). Ces derniers se pensent plus informés sur les traitements ($p=0,021$), sur la surveillance de la maladie ($p=0,002$) et sur la réponse à un malaise ($p=0,024$) que les actifs. Selon les patients, les médecins semblent s'intéresser plus à la problématique de l'activité physique des diabétiques retraités que chez les diabétiques exerçant une activité professionnelle ($p=0,073$). Modifier ses habitudes alimentaires et voir son médecin régulièrement semble plus facile pour les retraités ($p=0,031$ et $p=0,058$).
- Connaître son HbA1c : Les patients qui connaissent leur HbA1c ont tendance à vouloir plus d'informations sur la surveillance du diabète, contrairement à ceux qui ne la connaissent pas ($p=0,080$). Dans le même temps, les médecins semblent plus s'intéresser à l'HbA1c de leurs patients qui ne connaissent pas ce dosage ($p=0,020$). Pour ces derniers, le diabète semble

davantage impacter leur activité professionnelle ($p=0.009$), leur bien-être corporel (tendance avec $p=0,088$) et leur autonomie (tendance $p=0,078$). Un impact financier est plus souvent signalé chez les diabétiques qui connaissent leur HbA1c ($p=0,074$) et il leur est plus facile de gérer l'imprévu ($p=0,025$) ou de pratiquer une activité physique ($p=0,39$).

- Le taux d'HbA1c : Plus le taux d'HbA1c est élevé, plus le diabète est perçu par les patients comme déséquilibré ($p<0,001$) et plus le médecin a tendance à s'intéresser aux habitudes de vie ($p=0,075$). Corrélativement à cette augmentation de l'HbA1c, les patients déclarent un impact négatif sur leurs relations sociales ($p=0,031$) et sur leur vie de couple ($p=0,017$). Par contre, plus le taux d'HbA1c est bas, plus les patients rapportent qu'il leur est facile d'aller voir leur médecin régulièrement ($p=0,068$).
- L'équilibre du diabète : Plus les habitudes alimentaires sont ressenties comme inadaptées ($p=0,018$) et la maladie comme grave ($p=0,005$), plus le diabète est perçu comme déséquilibré. Moins les patients se considèrent informés sur l'alimentation ($p=0,099$), le traitement ($p=0,097$) et la surveillance de leur maladie ($p=0,025$), plus le diabète est perçu comme déséquilibré. L'impact social est plus important chez les patients dont le diabète est perçu comme déséquilibré ($p=0,025$). A l'inverse, accepter son diabète semble plus facile quand il est bien équilibré ($p=0,060$). Lorsque le diabète est déclaré comme déséquilibré, le patient semble vouloir plus souvent intervenir dans les décisions concernant sa prise en charge ($p=0,041$) et bénéficier d'un soutien de son entourage ($p=0,040$).
- Les habitudes alimentaires : elles sont le plus souvent déclarées comme adaptées quand le patient se sent bien informé sur le diabète en général ($p=0,033$), sur l'alimentation ($p<0,001$), sur le traitement ($p=0,014$), sur la surveillance de sa maladie ($p=0,021$) en particulier. Elles sont également perçues comme adaptées lorsque le médecin semble s'intéresser à l'alimentation ($p=0,031$) et à l'activité professionnelle ($p=0,041$) du diabétique. Quand les habitudes alimentaires sont déclarées non adaptées, les patients signalent davantage d'impact sur leurs relations sociales ($p=0,044$) ainsi que sur leur vie professionnelle (tendance avec $p=0,067$). Modifier l'alimentation et gérer les imprévus ont tendance à être plus facile chez ceux dont l'alimentation est adaptée (respectivement $p=0,066$ et $p=0,089$). Les patients qui déclarent des habitudes alimentaires non contrôlées, désirent s'impliquer davantage dans leur prise en charge ($p=0,007$), avoir un soutien de leur entourage ($p=0,042$) et avoir plus d'explications sur leur maladie ($p=0,022$).
- La gravité du diabète : Moins le patient se considère informé sur la réponse à un malaise ($p=0,003$), plus il perçoit sa maladie comme grave et plus cette perception impacte sa vie de couple ($p=0,056$), son bien être psychique ($p=0,037$), ses capacités à modifier ses habitudes alimentaires ($p=0,029$) et sa pratique d'une activité physique ($p=0,033$). Lorsque la maladie est considérée comme peu grave, le diabétique déclare d'autant plus fréquemment ne ressentir aucun impact de la maladie sur sa vie ($p=0,005$).

- Le traitement : plus le traitement est renforcé, plus le patient a tendance à se sentir informé sur la surveillance du diabète ($p=0,081$) et plus le médecin aurait tendance à s'intéresser à l'alimentation du malade ($p=0,061$). Plus le traitement est renforcé, plus les patients déclarent un impact positif aussi bien dans le domaine financier ($p<0,001$) ou de leur bien-être psychique ($p=0,006$), qu'au plan de leur loisir ($p=0,002$) ou de leur autonomie ($p=0,031$). Quand le patient est sous insulinothérapie, il décrit un impact plus important sur son bien-être psychologique ($p=0,002$), sur ses loisirs ($p=0,001$) et sur son autonomie ($p=0,011$) et, contrairement à une analyse répandue, celle-ci n'est pas liée significativement à la gravité ressentie de la maladie.
- Information sur le diabète : Quand les patients s'estiment bien informés sur le diabète, ils y associent également l'information sur l'alimentation ($p<0,001$), le traitement ($p<0,001$), la surveillance ($p<0,001$), la réponse à un malaise ($p=0,029$), les associations de malades ($p=0,025$). Ceux qui se sentent le moins informés déclarent plus souvent vouloir prendre des décisions quant à leur prise en charge ($p=0,001$).
- Information sur l'alimentation : Quand les patients s'estiment bien informés sur l'alimentation, ils s'estiment aussi bien informés sur le traitement ($p<0,001$), sur la surveillance ($p<0,001$) et sur la réponse à un malaise ($p=0,030$). Quand ils s'estiment mal informés au plan nutritionnel, ils déclarent en ressentir plus d'impact sur leur vie professionnelle ($p=0,038$) et veulent prendre plus souvent des décisions quant à leur prise en charge ($p=0,001$) et avoir plus d'explications ($p=0,040$).
- Information sur le traitement : Quand les patients s'estiment bien informés sur le traitement, ils s'estiment bien informés sur le reste de la maladie de façon significative (en dehors des renseignements sur les associations de malades). Mais ils ressentent alors un impact négatif sur leur bien-être psychique ($p=0,015$).
- Information sur la surveillance : Lorsque le patient diabétique se sent bien informé sur la surveillance de sa maladie, il signale une amélioration de son bien-être psychologique ($p=0,061$).
- Information sur les malaises : La possession de telles informations est corrélée positivement au souhait de bénéficier d'un soutien par d'autres diabétiques au sein d'associations de malades ($p=0,052$).
- Information sur les associations de malades : la pratique d'une activité physique régulière est corrélée à la connaissance d'une association de malades ($p=0,031$). Les patients déclarent alors un impact positif sur leur bien-être corporel ($p=0,042$).
- Intérêt du médecin à l'égard des discours du patient : quand le médecin s'intéresse aux discours du patient, ce dernier considère qu'il s'intéresse également à son alimentation ($p=0,001$), à son activité physique ($p=0,018$), à son moral ($p=0,020$), à son activité professionnelle ($p=0,040$). Il est alors plus facile

aux patients d'accepter leur diabète ($p=0,026$) et ils ont donc moins besoin d'un soutien psychologique ($p=0,026$) ou de leur entourage ($p=0,012$). De fait, ils en ressentent le plus souvent un impact positif sur leur bien-être psychologique ($p=0,034$) et corporel (tendance à $p=0,060$).

- Intérêt du médecin quant à l'alimentation du patient : quand le médecin s'intéresse à l'alimentation, il est déclaré s'intéressant aussi à l'activité physique du malade ($p<0,001$), à ses habitudes de vie ($p<0,001$), à son moral ($p<0,001$) et à ses dires. Plus le médecin s'intéresse à l'alimentation, plus le malade se sent informé sur le diabète en général ($p=0,001$), sur l'alimentation ($p=0,024$), sur le traitement médicamenteux ($p=0,001$), sur la surveillance ($p=0,002$) et sur les associations de malades (tendance à $p=0,073$). Cette tendance se reflète aussi sur le bien-être psychologique ressenti par le patient ($p=0,062$).
- Intérêt du médecin pour l'activité physique : quand le médecin est déclaré s'intéresser à l'activité physique de son patient, il l'est également pour les habitudes de vie ($p=0,010$), le moral ($p=0,004$), l'activité professionnelle ($p=0,038$). Plus il s'y intéresse, plus le malade se sent informé sur son traitement ($p=0,002$) et sur la surveillance de sa maladie ($p=0,048$). Aller voir le médecin semble plus facile quand celui-ci s'intéresse à l'activité physique ($p=0,093$).
- Intérêt du médecin à l'égard des habitudes de vie : quand le médecin traitant s'intéresse globalement aux habitudes de vie, il est déclaré s'intéressant également au moral du patient ($p<0,001$) et à son activité professionnelle ($p=0,005$). De fait, le patient déclare être mieux informé sur les associations de malades ($p=0,002$) et signale une meilleure autonomie ($p=0,037$).
- Intérêt du médecin pour le moral du patient : quand le médecin traitant est attentif au moral de son patient, il est ressenti comme impliqué à tous les niveaux y compris le concept associatif ($p=0,046$). Le patient exprime un impact positif sur sa vie professionnelle ($p=0,051$) et sur son autonomie ($p=0,012$). Il n'y a pas de corrélation statistique avec la prise médicamenteuse ($p=0,022$) et la régularité des consultations ($p=0,047$).
- Intérêt du médecin quant à l'activité professionnelle du malade : lorsque cette attention est perçue, le patient en déclare un impact positif sur son activité professionnelle ($p=0,001$) et sur son bien-être psychique ($p=0,075$). Dans ces conditions, le patient souhaite plus souvent s'impliquer dans les décisions concernant sa prise en charge.
- L'impact sur la vie sociale : ceux qui ressentent un impact du diabète sur leur vie sociale, en étendent le plus souvent la répercussion sur leur couple ($p=0,013$), sur leur vie professionnelle ($p<0,001$), sur leurs finances (tendance $p=0,056$), sur leur bien-être corporel ($p=0,009$) et psychique ($p<0,001$), sur leurs loisirs ($p<0,001$) et sur leur autonomie ($p<0,001$). Accepter son diabète et voir le médecin semble plus facile quand le diabète n'a pas d'impact déclaré sur la vie sociale (respectivement $p=0,003$ et $p=0,001$). Les diabétiques qui ressentent cet impact, désirent plus souvent

s'impliquer dans les décisions sur leur prise en charge ($p=0,014$), ont un besoin plus important de soutien de la part de leur entourage ($p=0,024$) et plus globalement d'un soutien psychologique ($p=0,001$).

- L'impact sur la vie de couple : lorsque le diabète est déclaré impacter la vie de couple, cette répercussion est statistiquement liée à une péjoration du bien-être psychique ($p=0,007$) et des loisirs ($p=0,012$). Les patients ont alors plus souvent besoin d'un soutien psychologique ($p=0,024$) et de leur entourage ($p=0,007$). Quand le diabète n'a pas d'impact sur la vie de couple, l'accepter a tendance à être plus facile ($p=0,063$) comme l'est aussi la modification de l'alimentation ($p=0,014$).
- L'impact sur la vie professionnelle : tout impact du diabète signalé sur la vie professionnelle est statistiquement lié à une répercussion sur le bien-être corporel (tendance à $p=0,075$) et psychique ($p=0,017$), sur les loisirs ($p=0,014$) et sur l'autonomie ($p=0,011$). Il est alors plus difficile de pratiquer une activité physique ($p=0,041$), de voir un médecin régulièrement ($p=0,002$) et d'accepter son diabète (tendance à $p=0,069$). Ceux qui ressentent cet impact ont plus souvent envie de prendre plus de décisions dans leur prise en charge ($p=0,050$) et ont tendance à souhaiter un soutien psychologique ($p=0,052$).
- L'impact financier : quand les patients expriment un impact du diabète sur leurs ressources financières, ils signalent également un impact sur leurs loisirs ($p=0,002$) et sur leur autonomie ($p=0,024$). Il leur est alors plus difficile de prendre leurs médicaments (tendance à $p=0,075$) et ils désirent plus souvent un soutien psychologique ($p=0,009$).
- L'impact sur le bien-être corporel : un impact du diabète sur le bien-être corporel, infléchit aussi le bien-être psychique ($p<0,001$), les loisirs ($p<0,001$) et l'autonomie ($p=0,044$). Modifier l'alimentation ($p=0,077$) et pratiquer une activité physique ($p=0,085$) ont alors tendance à être plus difficiles et l'acceptation du diabète est significativement plus difficile ($p=0,029$).
- L'impact sur le bien-être psychologique : quand cet impact du diabète est signalé, les patients le ressentent également sur leurs loisirs ($p<0,001$) et sur leur autonomie ($p<0,001$). La pratique d'une activité physique ($p<0,001$) et l'acceptation du diabète ($p=0,044$) sont alors plus difficiles.
- L'impact sur les loisirs : lors d'un impact négatif du diabète sur les loisirs, on observe le plus souvent une même répercussion sur l'autonomie ($p=0,020$). La prise des médicaments ($p=0,073$) et consulter son médecin généraliste ($p=0,051$) ont tendance à être plus difficiles, de même que la pratique d'une activité physique ($p=0,011$). Les patients souhaitent alors plus souvent prendre des décisions dans leur prise en charge ($p=0,016$), avoir un soutien psychologique ($p=0,013$) et ont tendance à vouloir davantage un soutien de leur entourage ($p=0,058$).
- L'impact sur l'autonomie : tout impact sur l'autonomie, se répercute négativement sur la pratique d'une activité physique ($p=0,040$), la consultation médicale

($p=0,001$) et l'acceptation du diabète ($p=0,062$). Les patients désirent alors plus souvent un soutien psychologique ($p=0,006$).

- Modifier son alimentation : plus il est facile de modifier son alimentation, plus il est facile de gérer les imprévus ($p=0,002$) et moins les patients ont besoin du soutien des autres ($p=0,020$).
- La prise de médicaments : quand il est facile de prendre les médicaments, il est plus souvent facile de gérer les imprévus ($p=0,007$), de voir son médecin ($p=0,008$), d'accepter son diabète ($p=0,016$), et les patients expriment moins le besoin d'un soutien psychologique ($p=0,023$).
- La prise de décisions et les explications : moins les patients se sentent informés sur le diabète ($p=0,001$), sur l'alimentation ($p=0,001$), sur le traitement ($p<0,001$), sur la surveillance ($p=0,019$) et sur les malaises ($p=0,039$), plus ils veulent souvent prendre des décisions dans leur prise en charge. Mais par ailleurs, plus ils veulent prendre des décisions seuls, plus ils veulent des explications ($p<0,001$). Enfin, les diabétiques qui veulent des explications sur leur maladie, veulent plus souvent un soutien de leur entourage ($p=0,004$), des autres malades ($p=0,019$) et un soutien psychologique ($p=0,059$).

5-3.- Discussion

5-3-1. Analyse démographique comparative avec les données nationales

- Calcul des scores de qualité de vie

L'enquête nationale ENTRED a permis de calculer un score mental moyen de l'ensemble de la population étudiée à 42,9 (le seuil minimal pour ce score est de 5,8 pour un seuil maximal à 71,9) tandis que le score physique moyen était de 40,9 (le seuil minimal de celui-ci est de 9,9 pour un seuil maximal à 70,0). Ces scores de qualité de vie étaient :

- pour les femmes un score mental de 40,6 et un score physique de 38,4
- pour les hommes un score mental de 44,7 et un score physique de 42,9

L'enquête du littoral vendéen retrouve un score mental moyen de l'ensemble de la population étudiée de 45,1 et un score physique moyen était de 42,1. Ces scores de qualité de vie étaient :

- pour les femmes un score mental de 42,9 et un score physique de 39,6.
- pour les hommes un score mental de 47,2 et un score physique de 44,5.

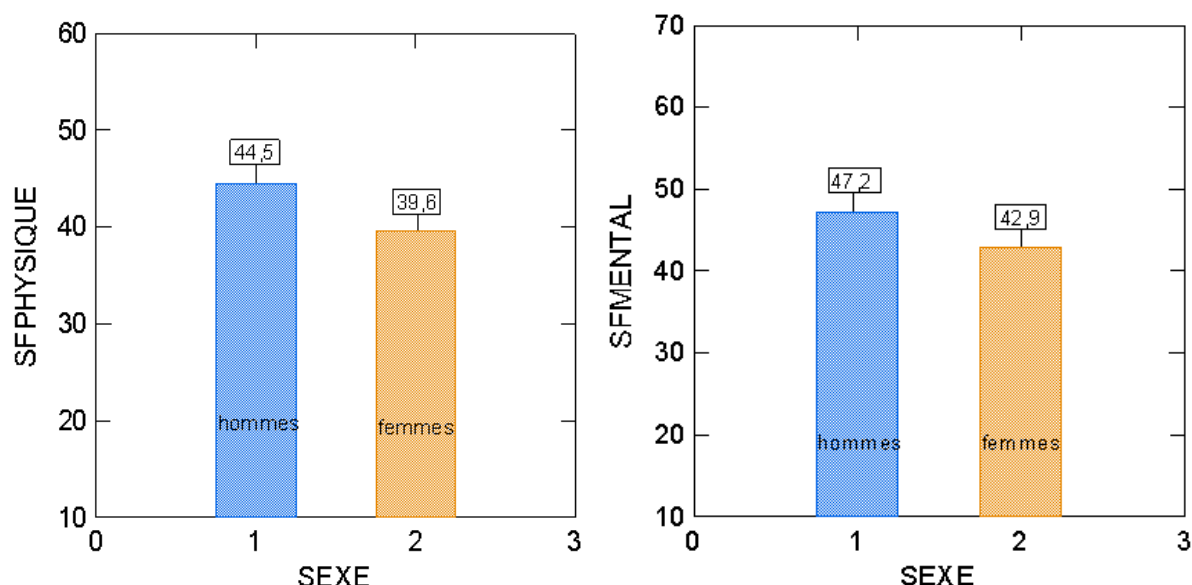


Fig 4 : score mental et physique comparatif hommes / femmes dans l'enquête vendéenne

On constate donc que cette population littorale bénéficie d'une meilleure perception de leur qualité de vie comparativement à la moyenne française. Cette différence reste toutefois relativement modeste, de 5 % pour le score mental et de 2 % pour le score physique et pourrait, en dehors du confort géographique, reposer simplement sur l'amélioration de la prise en charge et de la surveillance constatée entre 2007, date de l'enquête ENTRED et 2012, date de la notre.

- Impact de l'âge

L'étude ENTRED n'a observé aucune modification du score mental de QdV avec l'âge, mais elle souligne un score physique s'infléchissant fortement avec le vieillissement. L'âge moyen des diabétiques de type 2 était de 66 ans.

L'âge est par contre globalement non discriminant dans notre enquête puisque nous n'avons pas retrouvé d'influence significative de l'âge sur les scores mentaux et physiques, mais la moyenne d'âge de nos patients était légèrement plus basse que dans l'étude ENTRED (63,9 ans). L'ancienneté du diabète ne semble pas être un facteur explicatif de cette différence de scoring physique puisque 52 % des patients d'ENTRED avaient un diabète depuis moins de 10 ans tandis qu'ils étaient 51,8 % dans notre enquête.

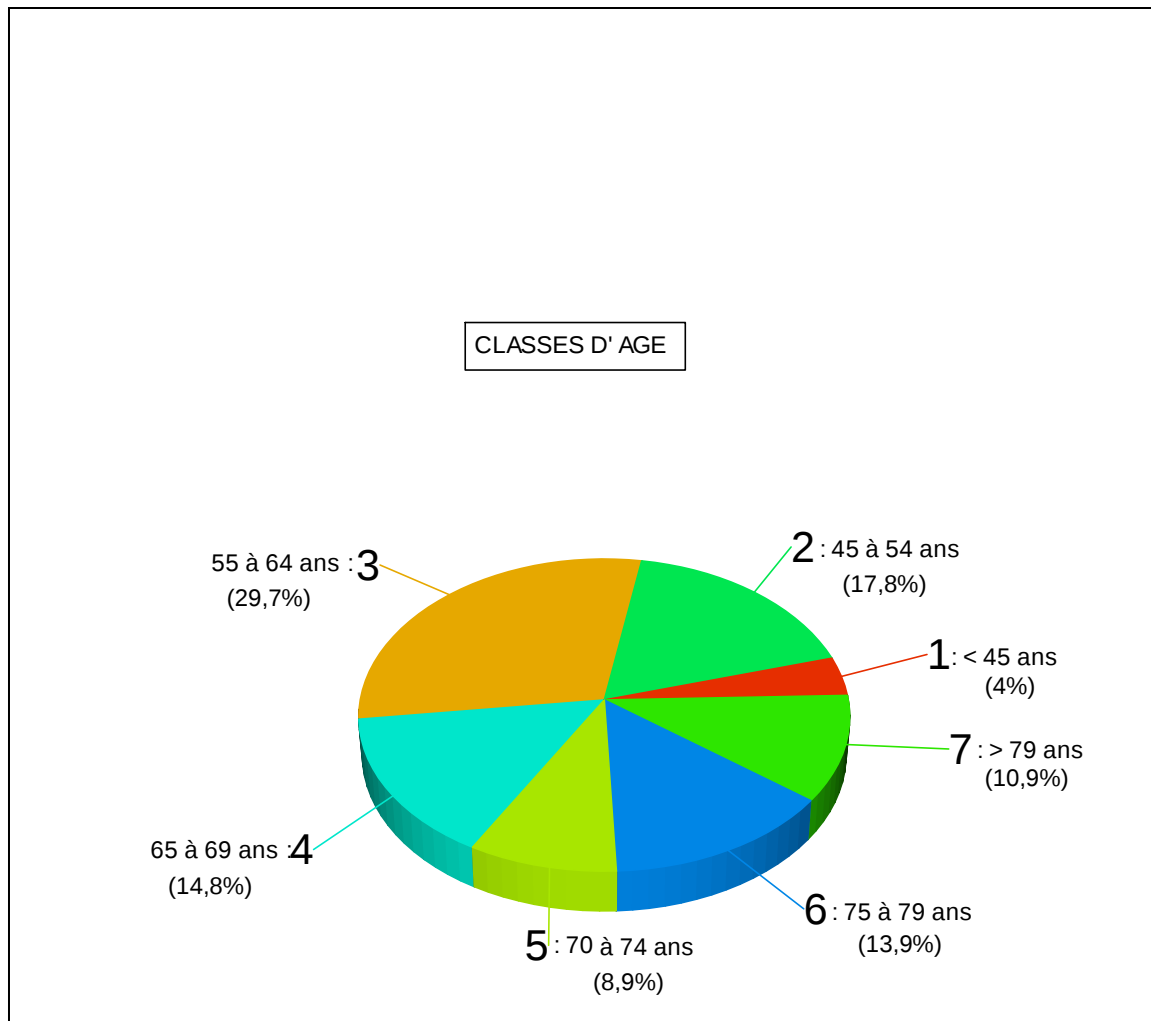


Fig 5 : répartition des classes d'âge dans l'enquête vendéenne

- Impact du sexe

L'étude ENTRED a montré qu'à tout âge, les scores de qualité de vie physique et mentale étaient plus bas chez les femmes comparativement aux hommes.

Dans notre étude, la différence en matière de scoring psychique entre les hommes et les femmes existe aussi, mais elle n'est pas significative (47,2 versus 42,9 $p=0,12$) tandis que le scoring physique est bien significativement différent et dans le même sens que l'étude ENTRED (hommes : 44,5 versus femmes : 39,6 $p=0,054$).

5-3-2. Analyse spécifiques des données de qualité de vie des diabétiques du littoral vendéen

- Population étudiée

Si l'âge n'est pas perçu comme un facteur limitant la qualité de vie des patients diabétiques de type 2, le sexe est par contre significativement discriminant, notamment au plan physique.

Bien plus que les hommes, les femmes considèrent que le diabète est une maladie grave ou très grave, (55% des femmes s'estiment en bonne santé contre 77% des hommes) et pour celles qui en souffrent au plan corporel, le diabète impacte leurs relations sociales et leur situation financière. Elles demandent donc beaucoup plus de soutien psychologique que les hommes.

Par contre, le diabète semble impacter bien plus les hommes que les femmes dans leur vie de couple et ce d'autant plus que le diabète est ancien. Au regard des discussions menées lors des consultations, la problématique causale de l'impuissance semble ressortir significativement.

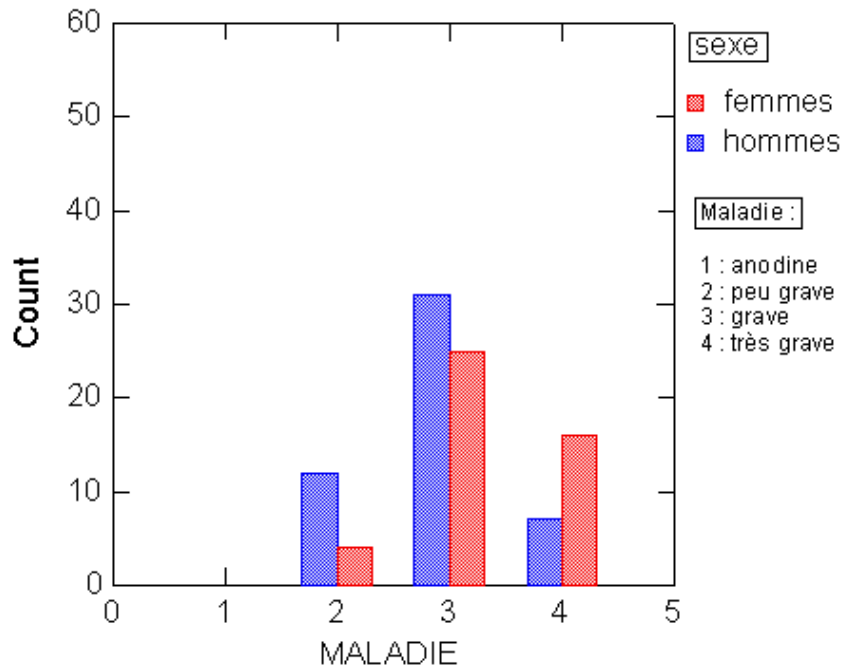


Fig 6 : perception de la maladie diabétique selon les sexes dans l'enquête vendéenne

La grande majorité des patients étant des retraités, il est difficile de pouvoir significativement relier la qualité de vie ressentie avec l'exercice d'une activité professionnelle spécifique ou son absence.

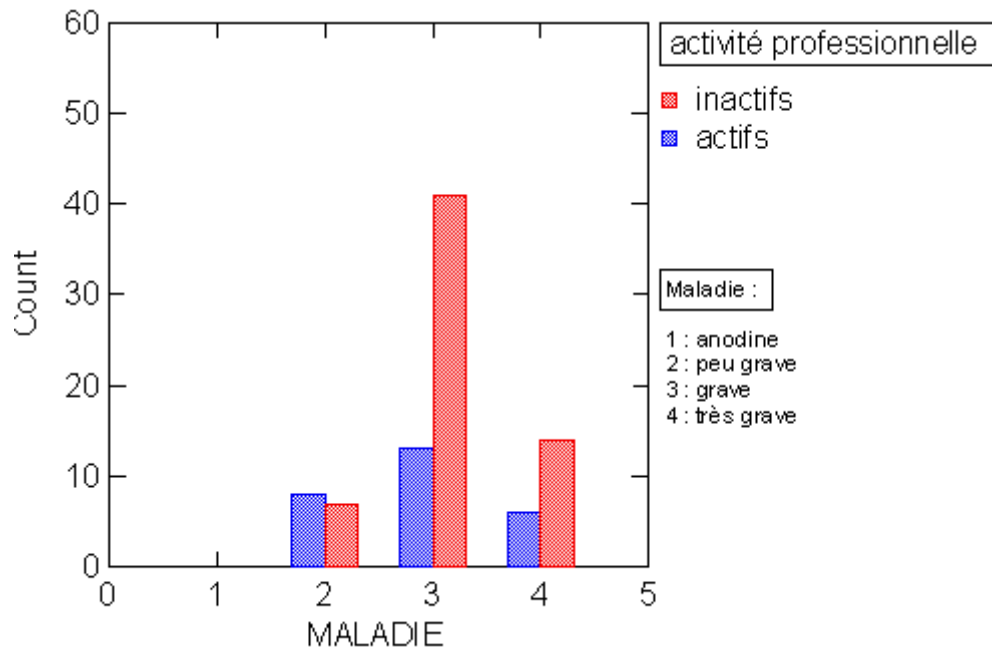


Fig 7 : perception de la maladie diabétique selon l'activité professionnelle dans l'enquête vendéenne

En données croisées, il semble toutefois que les personnes actives considèrent qu'elles équilibrent moins bien leur alimentation que les sujets retraités et ce malgré le fait qu'elles perçoivent la maladie comme plus grave.

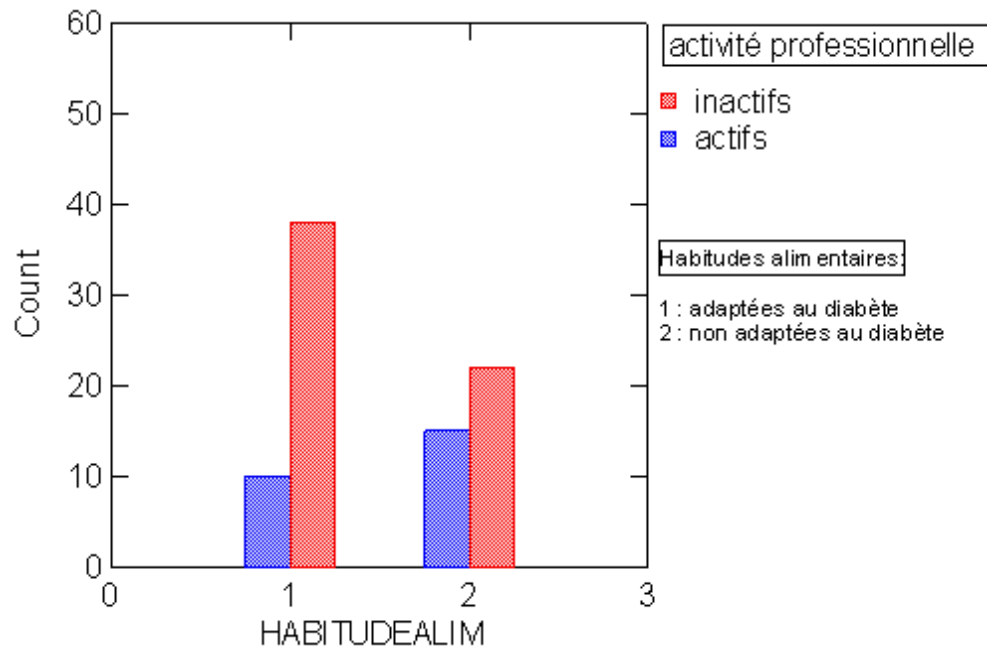


Fig 8 : perception des habitudes alimentaires selon l'activité professionnelle

- Santé perçue

Un peu plus de la moitié des patients interrogés (54 %) considère qu'il est difficile d'accepter son diabète. Cette estimation n'est pas corrélée à l'équilibre glycémique ($p=0.555$). En d'autres termes, le fait d'avoir une hémoglobine glyquée proche de l'objectif, ne semble pas faciliter l'acceptation du diabète, mais il se pourrait que les patients ayant une HbA1c dans les objectifs soient plus investis et donc plus exigeants, compliquant ainsi l'acceptation de leur maladie... Bien entendu, ce sont les patients qui se déclarent les plus réticents à l'égard de la maladie qui ont le moins bon score SF mental.

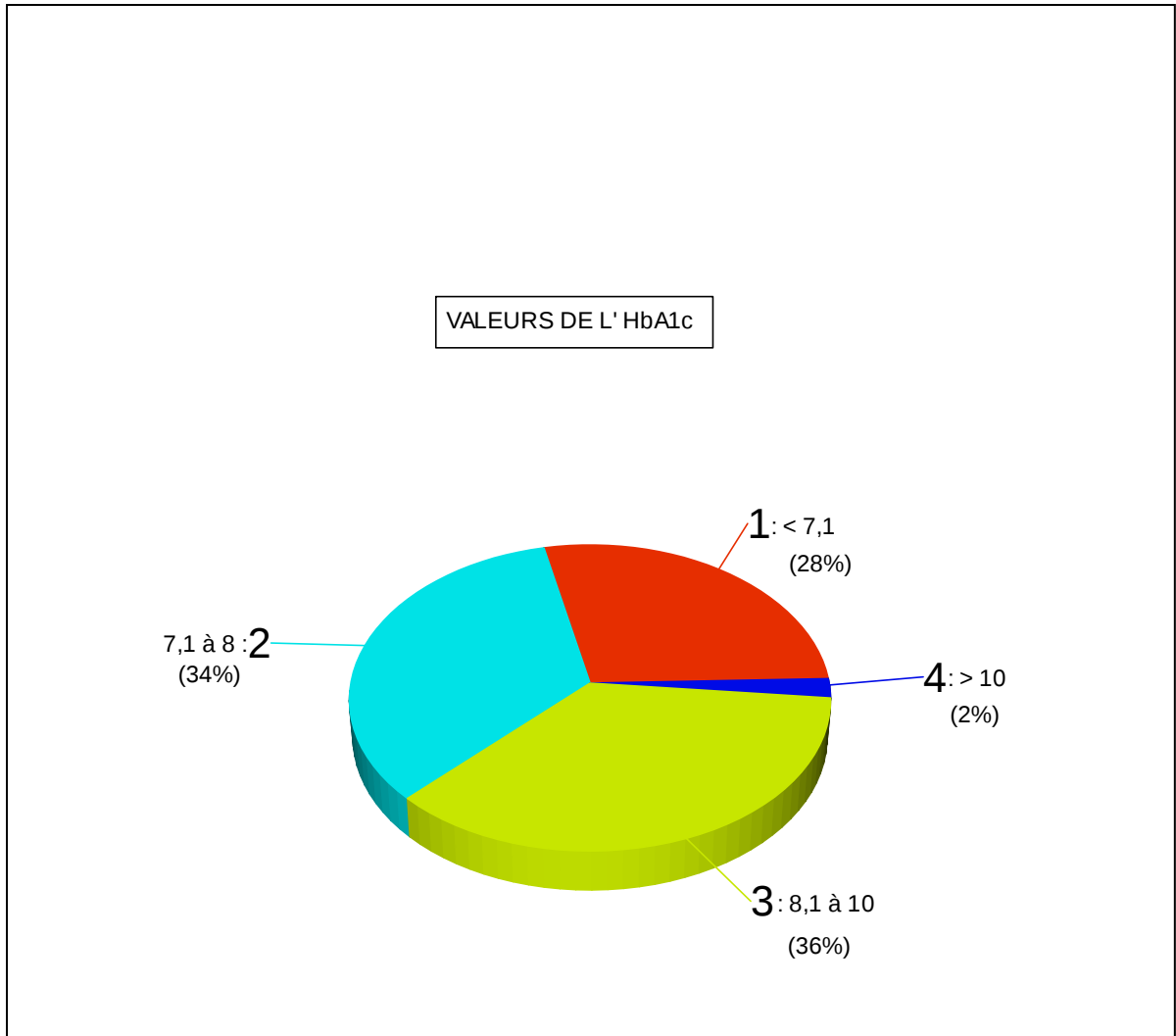


Fig 9 : valeurs de l'HbA1c

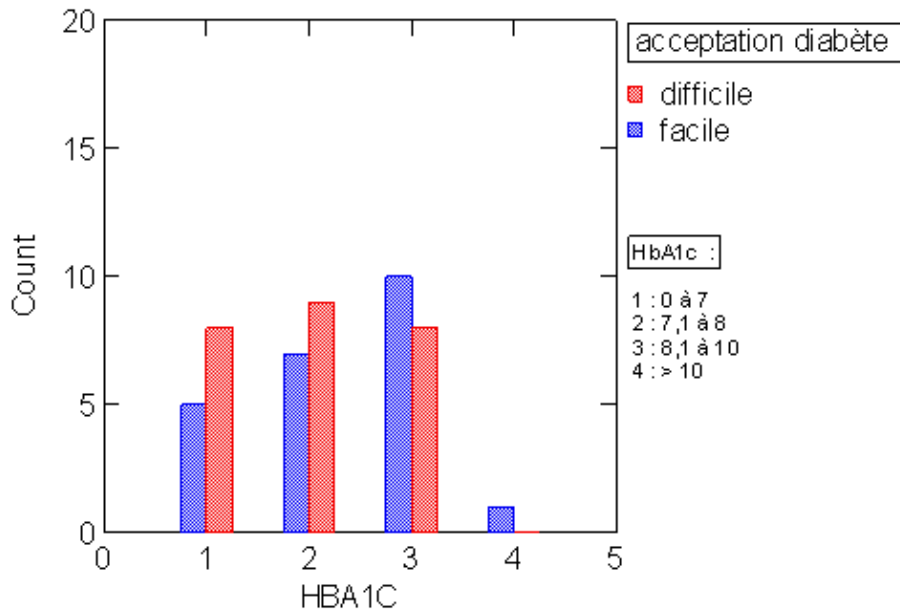


Fig 10 : valeurs de l'HbA1c selon l'acceptation de la maladie

Plus de 83 % des patients considèrent que le diabète est une maladie grave ou très grave. Mais l'analyse pondérée permet de constater que plus les diabétiques s'estiment informés sur la surveillance, les traitements ou la réponse à un malaise, moins ils jugent leur maladie grave et plus ils signalent un bien-être psychologique.

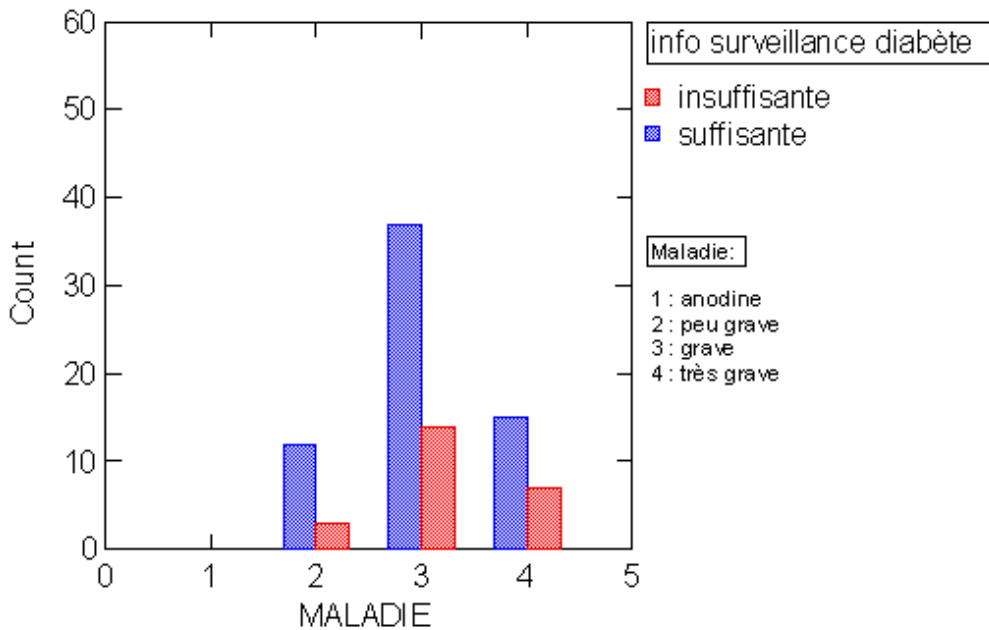


Fig 11 : liens entre information sur la surveillance et la perception de la maladie

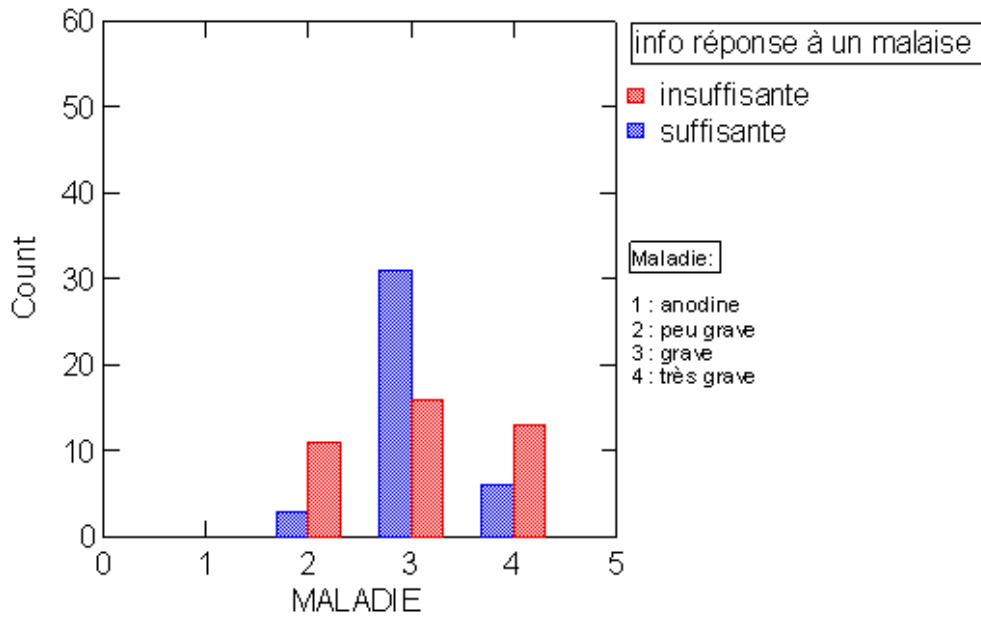


Fig 12 : liens entre information sur les connaissances thérapeutiques et la perception de la maladie

Dans cet esprit, le traitement renforcé par l'insulinothérapie est corrélé à un impact positif sur le bien être psychique, les loisirs et l'autonomie, mais ne modifie pas la perception de la gravité de la maladie.

- La maladie diabétique

Si une majorité de patients (56 %) déclare connaître leur HbA1c, cette connaissance n'influence en rien le score de qualité de vie physique ou mental et n'a pas d'impact non plus sur la perception par le diabétique de son état de santé... Comme si ce paramètre biologique ne signifiait rien quant à la répercussion du diabète sur l'organisme.

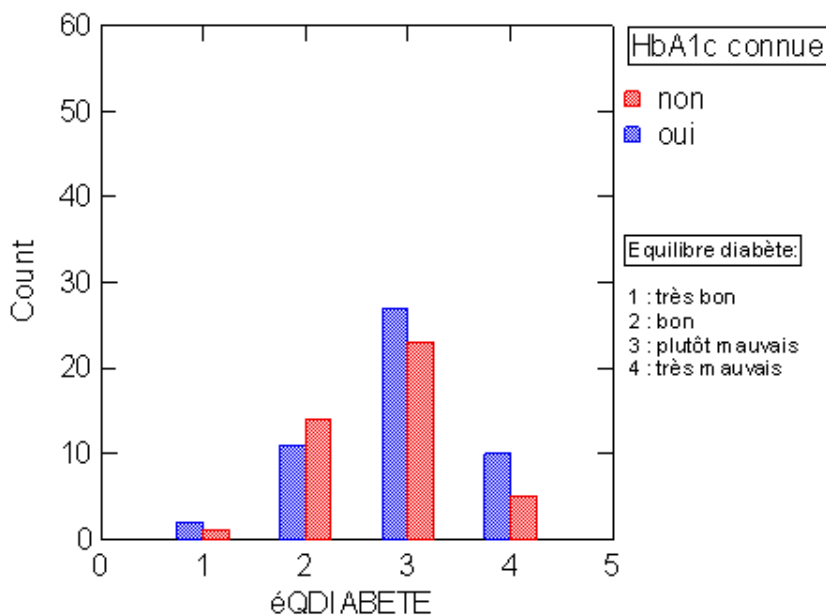


Fig 13 : liens entre HbA1c et l'équilibre réel du diabète

Notons toutefois que les patients qui connaissent la valeur de leur HbA1c, signalent moins de difficultés à gérer l'imprévu et à pratiquer une activité physique que le groupe opposé et réclament plus d'informations ayant trait à la maladie. Comme si le fait de ne pas connaître ce paramètre biologique témoignait, non pas d'un défaut de signalement médical, mais d'un moindre investissement, se traduisant également par une activité physique restreinte et par l'affirmation d'une connaissance suffisante de la maladie.

Le rôle adapté et positif des médecins généralistes ressort également de l'analyse croisée de ce paramètre sanguin. Plus le taux d'HbA1c est proche de l'objectif, plus les patients déclarent consulter périodiquement leur médecin, confortant l'idée qu'une surveillance régulière impacte positivement l'équilibre des patients. A l'inverse, les patients qui considèrent qu'il leur est difficile de voir leur généraliste sont ceux qui déclarent ne pas connaître ce dosage biologique. En réponse, plus le taux d'HbA1c est élevé (au-delà de 8,1 %), plus le médecin est décrit comme s'intéressant aux habitudes de vie du patient.

En parallèle à cette connaissance biologique, 71 % des patients considèrent qu'ils sont plutôt mal équilibrés ou très mal équilibrés.

Les associations de malades sont clairement les parents pauvres en matière d'information sur le diabète puisque 67 % des patients déclarent ne pas les connaître. Par contre, le bénéfice d'une adhésion à de telles associations se traduit par une pratique plus régulière d'activités physiques.

Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de corrélation statistique entre la qualité de l'écoute médicale et la compliance médicamenteuse ou la régularité des consultations.

- Besoins

La moitié des patients déclarent vouloir prendre plus de décisions par eux-mêmes quant à la prise en charge de leur diabète.

Cette tendance s'affirme davantage chez les personnes qui se sentent le moins bien informés (sur le diabète, sur l'alimentation, sur le traitement, sur la surveillance et sur les malaises) comme chez celles qui se sentent gênés dans leur vie et leurs relations aux autres.

Ce besoin d'infléchir les décisions médicales n'est pas exprimé chez les patients qui se considèrent comme bien équilibrés et bien informés... comme si au final, les patients attribuaient leur déséquilibre à leur médecin et traduisaient cette défiance par une volonté de se prendre en charge eux-mêmes.

Toutefois notons que les patients qui ont été conduits à stopper leurs activités physiques, gênés dans leur travail ou leurs activités domestiques par des douleurs, appartiennent majoritairement au groupe de ceux qui ont été mis sous insuline. Si l'on considère qu'une partie des altérations physiques sont le fait de complications spécifiques de la maladie, il s'agit là d'une adaptation thérapeutique conforme aux

recommandations, même si nous n'avons pas d'information temporelle susceptible de mesurer une potentielle inertie thérapeutique.

Enfin, moins le patient se considère informé sur le diabète, plus il perçoit sa maladie comme grave, impactant sa vie de couple comme son bien-être psychique et physique.

- Implication médicale

Les données croisées s'agissant du comportement du corps médical perçu par leur patient, confirment pour une significative majorité, une approche empathique telle qu'une meilleure écoute signalée face à une altération thymique, ou un intérêt affiché pour des conditions de vie en cas de perturbation émotionnelle.

Par contre, cette attitude médicale décline nettement à mesure que l'âge des sujets augmente pour être significativement non décrite chez les plus âgés.

L'écoute médicale est globalement saluée par 89,5 % des patients et c'est dans ce groupe que l'on constate une moindre demande de soutien psychologique ou de l'entourage et le meilleur bien-être physique et psychologique. Les scores d'autonomie sont dans ce groupe, les meilleurs.

A l'inverse, c'est dans le bras « écoute médicale négligée » que l'acceptabilité de la maladie par le diabétique est la moins bonne.

Enfin, les médecins semblent s'intéresser plus au problème de l'activité physique chez les retraités, qui signalent avoir été plus fréquemment sollicités dans ce domaine que les diabétiques exerçant une activité professionnelle.

- Impact du diabète sur la vie

Une majorité de patients (56 %) considère que modifier ses habitudes alimentaires est difficile et cette déclaration est préférentiellement exprimée par les personnes encore professionnellement actives.

Dans ce domaine aussi, l'accompagnement médical semble être primordial puisque, plus les médecins s'intéressent au comportement nutritionnel de leurs patients, plus l'alimentation des diabétiques est déclarée adaptée et plus facile leur semble la gestion des imprévus.

Cet impact du diabète sur le quotidien se traduit également pour 53 % des patients par des difficultés à gérer la survenue de situations imprévues. C'est dans le bras opposé des diabétiques pour qui il est facile de réagir, que l'on retrouve les patients les mieux équilibrés en matière d'HbA1c, suggérant que l'éducation thérapeutique permettant l'autonomisation des patients, conduit au final à de meilleurs résultats biologiques.

La pratique d'une activité physique reste également une difficulté pour 59 % des patients. Pour en faciliter l'approche, la connaissance d'une association de malades semble être la corrélation statistique la plus forte.

Conclusion

A l'issue de cette étude sur la qualité de vie des patients diabétiques du littoral vendéen, nous retiendrons quelques pistes d'approches médicales empathiques, susceptibles de soutenir les patients dans leur vécu de la maladie.

Constatons tout d'abord une meilleure qualité de vie perçue, tant aux scores physiques que mentaux, sur cette partie du territoire français comparativement à la dernière enquête nationale ENTRED. Bien que le cadre de vie de ce bord de mer soit agréable et que nous avons de ce fait, attiré beaucoup de retraités parisiens au sein de la population vendéenne, cet aspect géographique n'a pas été exploré par le questionnaire. Nous ne pouvons donc arguer de cet atout et il faut probablement plutôt voir dans cette amélioration, même marginale d'environ 5 %, une évolution des pratiques nationale dans la prise en charge du diabète, qui se retrouvera vraisemblablement dans la prochaine enquête de l'InVS.

Le second point majeur à souligner, corroboré cette fois par les enquêtes nationales, concerne le différentiel de perception de qualité de vie en défaveur des femmes, quel que soit l'âge, l'ancienneté du diabète ou l'équilibre glycémique. Bien plus que les hommes, les femmes considèrent le diabète comme une maladie grave ayant des répercussions physiques et sociales. Elles attendent donc beaucoup plus de soutien psychologique et le verbalisent clairement. A l'inverse, les hommes ne semblent préoccupés que par la répercussion sexuelle de la maladie sur leur couple. Cette double attente sexuée mérite d'être intégrée dans une approche médicale de consultation puisqu'elle devrait permettre d'orienter spécifiquement l'analyse des besoins de ces patients diabétiques.

La prise en charge des autres éléments soulignés par l'enquête, peut être déclinée dans le cadre de l'éducation dite de « premier recours », prônée par Eric Drahi [26] pour la médecine générale : éducation/information simple mais répétée, séquentielle et décomposée en micro-actions et micro-objectifs. Pour être réalisable, cette attention ciblée devra être en adéquation avec les possibilités matérielles et les capacités temporelles offertes par la médecine générale.

Sans surprise, et pour les deux sexes, la plainte majoritaire concerne l'équilibre alimentaire, manifestement difficile à mettre en œuvre au quotidien.

Pour autant, les patients ne semblent pas faire de lien entre l'information ou l'éducation thérapeutique et la réponse à cette problématique, puisqu'ils sont très peu nombreux à demander une formation. Il est donc probable que ce concept ne soit pas très clair pour la plupart des personnes interrogées et qu'elles ne savent pas trop ce que recouvre les termes d'information ou d'éducation thérapeutique.

Les patients semblent, par contre, vouloir volontiers se reposer sur leurs médecins généralistes qui ont un impact statistiquement significatif sur leur comportement. Ainsi, plus les médecins s'intéressent à la nutrition, meilleure est l'alimentation de leurs patients ce qui se traduit statistiquement par une amélioration significative de leur HbA1c. Ces bons résultats se répercutent ensuite positivement en une plus grande compliance aux consultations.

Si cette attention médicale, améliorant les résultats des diabétiques, est donc mesurable, les analyses croisées montrent également d'autres bénéfices de celle-ci, tels qu'un renforcement de l'estime de soi, un jugement moins sévère sur la maladie et une consolidation du bien-être psychologique.

Dans cet esprit, un traitement renforcé par l'insulinothérapie reste corrélé positivement à la perception d'un bon état de santé et contrairement à ce qui est parfois véhiculé dans le discours général, non lié à une quelconque altération de la qualité de vie physique ou psychologique inhérent au principe de l'injection sous-cutanée.

Le rôle adapté et positif des médecins généralistes ressort également de l'analyse croisée de l'HbA1c. Plus le taux d'HbA1c est proche de l'objectif, plus les patients déclarent consulter périodiquement leur médecin, confortant l'idée qu'une surveillance régulière impacte positivement l'équilibre des patients. A l'inverse, les patients qui considèrent qu'il leur est difficile de voir leur généraliste sont ceux qui déclarent ne pas connaître ce dosage biologique.

Toutefois, l'HbA1c reste un paramètre un peu flou, connu par une petite majorité de patient. Ceux qui la connaissent font un lien avec leur équilibre glycémique (71 % se considèrent plutôt mal équilibrés ou très mal équilibrés), mais aucune corrélation avec les scores de qualité de vie n'a pu être retrouvée et les résultats de l'HbA1c ne semblent pas avoir d'impact sur la perception par le diabétique, de son état de santé et sur l'acceptabilité de sa maladie. Ce paramètre biologique est cependant un témoin indirect de l'intérêt du patient pour la maladie : les diabétiques qui connaissent la valeur de leur HbA1c demandent plus d'informations sur la maladie que ceux qui ne la connaissent pas, mais qui affirment dans le même temps, ne pas avoir besoin de formations...

La qualité de l'écoute médicale conditionne indéniablement la thymie des patients. Ainsi, l'écoute attentive se traduit par une très faible demande de soutien psychologique supplémentaire ou d'implication spécifique de l'entourage. Plus les diabétiques sont satisfaits de l'écoute de leur médecin, meilleur est leur bien-être physique et psychologique. A l'inverse, lorsque l'écoute médicale semble négligée, l'acceptabilité de la maladie par le diabétique est la moins bonne. Ainsi les diabétiques deviennent plus revendicateurs s'agissant des décisions médicales lorsqu'ils se sentent moins bien informés (sur le diabète, sur l'alimentation, sur le traitement, sur la surveillance et sur les malaises).

Pour finir, signalons que l'activité physique n'est pas de pratique fréquente. Peu évoquée en consultation, vécue comme une réelle difficulté pratique par les patients, elle ne semble véritablement être intégrée dans le quotidien du diabétique que si ce dernier fait partie d'une association de malades. C'est donc probablement par une information sur ces associations locales et leur lien avec les réseaux dédiés, que l'approche de l'exercice physique sera le plus ludique donc le plus efficace. Les médecins généralistes, souvent démunis dans ce domaine, pourraient ainsi y trouver une source de collaboration opérante.

Annexe 1

Indicateur de santé *ISPN*

INDICATEUR DE SANTE PERCEPTUELLE DE NOTTINGHAM :
 La liste ci-dessous évoque quelques problèmes rencontrés dans la vie quotidienne. Cochez d'une croix la réponse OUI ou NON selon votre état actuel. Si vous hésitez, cochez ce qui correspond le mieux à votre état aujourd'hui. Certaines questions ne s'appliquent peut-être pas à vous, mais répondez-y quand même. **MERCI.**

AFFIRMATION	OUI	NON
1 - Je me sens tout le temps fatigué(e)		
2 - J'ai des douleurs la nuit		
3 - Je suis de plus en plus découragé(e)		
4 - J'ai des douleurs insupportables		
5 - Je prends des médicaments pour dormir		
6 - Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir		
7 - Je me sens nerveux(se), tendu(e)		
8 - J'ai des douleurs quand je change de position		
9 - Je me sens seul(e)		
10 - Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment, etc.)		
11 - J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures ou ramasser un objet par exemple)		
12 - Tout me demande un effort		
13 - Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir		
14 - Je suis totalement incapable de marcher		
15 - J'ai des difficultés à rentrer en contact avec les autres		
16 - Je trouve que les journées sont interminables		
17 - J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches		
18 - J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets)		
19 - Je souffre quand je marche		
20 - Je me mets facilement en colère ces temps-ci		
21 - J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler		
22 - Je reste éveillé(e) une grande partie de la nuit		
23 - J'ai du mal à faire face aux événements		
24 - J'ai des douleurs quand je suis debout		
25 - J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller		
26 - Je me fatigue vite		
27 - J'ai des difficultés à rester longtemps debout		
28 - J'ai des douleurs en permanence		
29 - Je mets beaucoup de temps à m'endormir		
30 - J'ai l'impression d'être une charge pour les autres		
31 - J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir		
32 - Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue		
33 - Je dors mal la nuit		
34 - J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres		
35 - J'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir, etc.)		
36 - J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches		
37 - Je me réveille déprimé(e) le matin		
38 - Je souffre quand je suis assis(e)		

Votre sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
 Votre âge : _____ ans

MERCI

Annexe 2

Indicateur de santé ISPN : mode de calcul des scores

Mode de calcul des scores :

On note 1 point une réponse positive, 0 point une réponse négative. Les réponses sont regroupées par rubrique comme suit :

- Mobilité : items 10, 11, 14, 17, 18, 25, 27 et 35
- Isolation sociale : items 15, 20, 21, 30 et 34
- Douleur : items 2, 4, 8, 19, 24, 28, 36 et 38
- Réactions émotionnelles : items 3, 6, 7, 16, 20, 23, 31, 32 et 37
- Energie : items 1, 12 et 26
- Sommeil : items 5, 13, 22, 29 et 33

Chaque item est affecté d'un coefficient selon le tableau suivant :

Rubrique	Item	Coefficient	Rubrique	Item	Coefficient
Mobilité	14	19.28	Réactions émotionnelles	32	15.49
	10	13.82		6	13.24
	35	13.78		23	12.42
	25	12.02		3	12.13
	27	11.46		37	10.83
	17	11.44		31	10.57
	11	9.69		16	8.91
	18	8.51		7	8.87
Isolation sociale	30	24.50	Energie	20	7.58
	20	20.43		1	38.98
	21	20.03		12	34.48
	15	18.59		26	26.54
	34	16.36	Sommeil	5	26.33
Douleur	28	18.14		22	22.86
	4	17.66		33	20.36
	2	12.73		29	16.50
	19	11.40		13	13.95
	36	10.44	(Le total des coefficients de chaque rubrique est égal à 100)		
	24	10.36			
	8	9.69			
	38	9.58			

On obtient ainsi, par individu, un score compris entre 0 et 100 pour chaque rubrique. Ce pourcentage correspond au degré de difficultés que perçoit l'individu dans le domaine de chacune des rubriques.

Annexe 3

Profil de santé de Duke

Instructions : Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non ce n'est pas mon cas
1 Je me trouve bien comme je suis	☐	☐	☐
2 Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	☐	☐	☐
3 Au fond, je suis bien portant(e)	☐	☐	☐
4 Je me décourage trop facilement	☐	☐	☐
5 J'ai du mal à me concentrer	☐	☐	☐
6 Je suis content(e) de ma vie de famille	☐	☐	☐
7 Je suis à l'aise avec les autres	☐	☐	☐

AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8 Vous auriez du mal à monter un étage	☐	☐	☐
9 Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	☐	☐	☐

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10 Vous avez eu des problèmes de sommeil	☐	☐	☐
11 Vous avez eu des douleurs quelque part	☐	☐	☐
12 Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	☐	☐	☐
13 Vous avez été triste ou déprimé(e)	☐	☐	☐
14 Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	☐	☐	☐

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15 Vous avez rencontré des parents ou des ami(e)s (conversation, visite)	☐	☐	☐
16 Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	☐	☐	☐

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 - 4 jours	5 - 7 jours
17 Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	☐	☐	☐

Votre sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Votre âge : _____ ans

MERCI



Annexe 4

EuroQol (European Quality of Life)

Nom : _____

Date : _____

Établissement : _____

☐ À l'admission ☐ Au congé/transfert

Pour chaque catégorie, cochez l'énoncé qui décrit le mieux votre état de santé actuel.
Veuillez cocher une seule case par catégorie.

Mobilité

Diriez-vous que vous :

- n'avez aucune difficulté à marcher ☐
- avez de la difficulté à marcher ☐
- êtes obligé(e) de rester au lit ☐

Soins autonomes

Diriez-vous que vous :

- n'avez pas de difficulté à prendre soin de vous-même ☐
- avez de la difficulté à vous laver et à vous habiller seul(e) ☐
- êtes incapable de vous laver et de vous habiller seul(e) ☐

Activités habituelles (ex. : travail, études, tâches ménagères, activités familiales ou loisirs)

Tous les usagers doivent cocher la 3^e case

Diriez-vous que vous :

- n'avez aucune difficulté à faire vos activités habituelles ☐
- avez de la difficulté à faire vos activités habituelles ☐
- êtes incapable de faire vos activités habituelles ☐

Douleurs / Malaises

Diriez-vous que vous :

- ne ressentez pas de douleur ou de malaise ☐
- ressentez des douleurs ou des malaises légers ☐
- ressentez des douleurs ou des malaises intenses ☐

Inquiétude / Dépression

Diriez-vous que vous :

- êtes ni inquiet(e) ni déprimé(e) ☐
- êtes légèrement inquiet(e) et déprimé(e) ☐
- êtes très inquiet(e) et déprimé(e) ☐

Annexe 4 (bis)

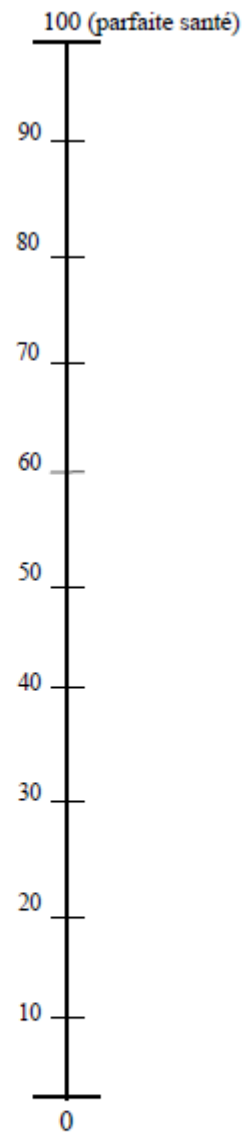
EuroQol (European Quality of Life)

Pour vous aider à exprimer votre état de santé, nous vous présentons une échelle (qui ressemble à un thermomètre) sur laquelle le meilleur état de santé imaginable correspond à 100 tandis que le pire état de santé imaginable correspond à 0.

Veuillez considérer 100 comme la pleine forme, et le 0 comme très, très malade, ou à la veille de la mort.

Nous aimerions savoir comment bonne ou mauvaise vous considérez votre santé aujourd'hui. Ceci est votre opinion, sur une échelle de 1 à 100.

Votre propre
état de santé
aujourd'hui



Pire état de santé
imaginable

Meilleur état de
santé imaginable

Annexe 5

SF 12

Annexe 5 (bis)

SF 12 (suite)

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

Tout le temps

Une grande partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

7. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
d. Vous vous êtes senti calme et détendu ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti triste et abattu ?	1	2	3	4	5	6

Annexe 6

SF 12 mode de calcul des scores

Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée		Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée	
		Score physique	Score mental et social			Score physique	Score mental et social
1	1	0	0	6	1	-0,33682	-6,29724
	2	-1,31872	-0,06064		2	-0,94342	-8,26066
	3	-3,02396	0,03482		3	-0,18043	-5,63286
	4	-5,56461	-0,16891		4	-0,11038	-3,13896
	5	-8,37399	-1,71175		5	0	0
2a	1	-7,23216	3,93115	7a	1	0	0
	2	-3,45555	1,86840		2	0,66514	-1,94949
	3	0	0		3	1,36689	-4,09842
2b	1	-6,24397	2,68282		4	2,37241	-6,31121
	2	-2,73557	1,43103		5	2,90426	-7,92717
	3	0	0		6	3,46638	-10,19085
3a	1	-4,61617	1,44060	7b	1	0	0
	2	0	0		2	-0,42251	-0,92057
3b	1	-5,51747	1,66968		3	-1,14387	-1,65178
	2	0	0		4	-1,61850	-3,29805
4a	1	3,04365	-6,82672		5	-2,02168	-4,88962
	2	0	0		6	-2,44706	-6,02409
4b	1	2,32091	-5,69921	7c	1	4,61446	-16,15395
	2	0	0		2	3,41593	-10,77911
5	1	0	0		3	2,34247	-8,09914
	2	-3,83130	0,90384		4	1,28044	-4,59055
	3	-6,50522	1,49384		5	0,41188	-1,95934
	4	-8,38063	1,76691		6	0	0
	5	-11,25544	1,48619				

- Convertir chaque réponse aux 12 items en valeurs standardisées pour le score mental et social et pour le score physique
- Additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score mental et social et ajouter 60,75781 pour obtenir le score de qualité de vie mental et social (compris entre 5,89058 et 71,96825)
- Additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score physique et ajouter 56,57706 pour obtenir le score de qualité de vie physique (compris entre 9,94738 et 70,02246)

Age :

Sexe : M / F

 Vous êtes diabétique depuis :
 < 5ans / 5-10 ans / 10-15 ans / >15 ans

Profession :

Autoquestionnaire sur le diabète

Qualité de vie (entourer la réponse de votre choix)

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

Pour chaque activité, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel :

Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...
 beaucoup un peu pas du tout

Monter plusieurs étages par l'escalier
 beaucoup un peu pas du tout

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité
 oui non

Avez-vous du arrêter de faire certaines choses
 oui non

Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état émotionnel (triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité
 oui non

Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention
 oui non

Dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou activités domestiques ?

pas du tout un petit peu moyennement beaucoup énormément

Y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

tout le temps une grande partie du temps de temps en temps rarement jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

Vous vous êtes senti calme et détendu ?
 en permanence très souvent souvent quelques fois rarement jamais

Vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
 en permanence très souvent souvent quelques fois rarement jamais

Vous vous êtes senti triste et abattu ?
 en permanence très souvent souvent quelques fois rarement jamais

Votre diabète (entourer la réponse de votre choix)

Connaissez-vous votre dernière hémoglobine glyquée ? oui valeur : non

Vous diriez que votre diabète est très bien équilibré bien équilibré plutôt mal équilibré très mal équilibré

Vous diriez que vos habitudes alimentaires sont adaptées à votre diabète non adaptées à votre diabète

Votre diabète est une maladie anodine peu grave grave très grave

Quel type de traitement suivez-vous ?

régime alimentaire seul comprimés seuls comprimés et insuline insuline seule

Votre vie de diabétique (cocher la réponse de votre choix)
Pensez vous être assez informé(e) sur : *cocher (plusieurs réponses possibles)*

Le diabète
L'alimentation
Les traitements

oui	non
oui	non
oui	non

La surveillance de la maladie
Votre réponse à un malaise
Les associations de malades

oui	non
oui	non
oui	non

Lors de la consultation, votre médecin s'intéresse : *cocher*

A ce que vous dites
A votre alimentation
A votre activité physique

oui	non
oui	non
oui	non

A vos habitudes de vie
A votre moral
A votre activité professionnelle

oui	non
oui	non
oui	non

Votre diabète a un impact sur : *cocher*

Vos relations sociales
Votre vie de couple
Votre vie professionnelle
Vos ressources financières
Autres (précisez).....
Aucun impact

oui	non
oui	non
oui	non
oui	non
oui	non
oui	non

Votre bien être corporel
Votre bien-être psychique
Vos loisirs
Votre autonomie

oui	non
oui	non
oui	non
oui	non

Dans votre vie de diabétique, vous diriez que : *cocher*

Modifier mes habitudes alimentaires est :

☐ facile ☐ difficile

Prendre les médicaments et/ou de l'insuline est :

☐ facile ☐ difficile

Gérer des situations imprévues (hyperglycémies et hypoglycémies) est :

☐ facile ☐ difficile

Pratiquer une activité physique régulière est :

☐ facile ☐ difficile

Aller périodiquement voir des médecins est :

☐ facile ☐ difficile

Accepter mon diabète est :

☐ facile ☐ difficile

Dans le cadre de votre diabète, vous souhaiteriez : *cocher*

Prendre plus de décisions dans la prise en charge

Un soutien de votre entourage

Un soutien par d'autres personnes ayant la même maladie (association)

Un soutien par un psychologue

Bénéficier de plus d'explications sur votre diabète (éducation thérapeutique)

Autre (précisez)

oui	non
oui	non
oui	non
oui	non
oui	non

Références bibliographiques

[1]- WHOQOL - MEASURING QUALITY OF LIFE WHO/MSA/MNH/PSF/97.4

[2]- F.Cloue, G.Excler-Cavailher, B.Christophe, F.Masson, D.Fasquel. Évaluation de la qualité de vie de diabétiques de type 2 par l'échelle internationale SF 36. Diabetes & Metabolism. 2001 ;27 (6) :711-717

[3]- Marie-Line Erpelding, Stéphanie Boini, Anne Fagot-Campagna, Mounir Mesbah, Judith Chwalow, Alfred Penfornis, Vincent Coliche, Étienne Mollet, Keith Meadows, Serge Briançon pour le comité scientifique d'Entred 2001. Valeurs de référence de qualité de vie (DHP) chez les personnes diabétiques vivant en France - Entred 2001-2003. BEH 2009 (34) :368-371

[4]- Isabelle Bourdel-Marchasson, Aurore Tulon, Marie-Line Erpelding, Pierre Lecomte, Patrick Vexiau, Serge Briançon, Céline Druet, Anne Fagot-Campagna, pour le comité scientifique d'Entred 2007-2010. La qualité de vie des diabétiques de type 2 vivant en France métropolitaine : de multiples facteurs associés. Entred 2007. BEH 2009 (34) :368-371

[5]- De Maria F. Qualité de vie des Franciliens de 60 ans ou plus : agir sur les limitations physiques. In : Regards surppp la santé des Franciliensp Insee, Île-de-France 2007. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques (Insee);2011 (2):15-20.

[6].- Jayasinghe UW, Proudfoot J, Barton CA, Amoroso C, Holton C, Davies GP, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:50.

[7]- Bourdel-Marchasson I, Tulon A, Erpelding ML, Lecomte P, Vexiau P, Briançon S, Druet C, Fagot-Campagna A. La qualité de vie des diabétiques de type 2 vivant en France métropolitaine : de multiples facteurs associés. Entred 2007. BEH 2011 ; 2 : 15-20.

[8].- Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton Kp. Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up programp. J Am Geriatr Soc 2009;57(3):395-402.

[9]. Johnson CL, Nicholas A, Divine H, Perrier DG, Blumenschein K, Steinke DT. Outcomes from DiabetesCARE: a pharmacist-provided diabetes management service. J Am Pharm Assocp (2003) 2008;48:722-30

[10]- Wilson C, Curtis J, Lipke S, Bochenski C, Gilliland S. Nurse case manager effectiveness and case load in a large clinical practice: implications for workforce development. Diabet Med. 2005;22(8):1116-20p

[11]- Reach G. L'inertie clinique, un concept révélateur. Médecine des maladies Métaboliques 2011 ; vol.5 suppl.2 : 43-45.

[12]- Simon D. L'inertie thérapeutique dans le traitement du diabète de type 2 : à propos de quelques données. Médecine des maladies Métaboliques 2011 ; vol.5 suppl.2 :46-52.

[13]- Boussageon R, Lebeau P. Evaluation de l'efficacité clinique des antidiabétiques chez les sujets diabétiques de type 2. Exercer 2013 ; 110 : 262-7.

[14] Au-delà du Médiateur, les 13 médicaments à bannir. Science et Vie 2011 ;1122 :118-122

[15] Exénatide, sitagliptine : pancréatites, cancers du pancréas. Rev Prescrire 2011 ; 31 (333) : 508

[16] Écarter les gliptines de sa panoplie thérapeutique. Rev Prescrire 2012 ; 32 (347) : 655.

[17]- Avignon A, Attali C, Sultan A, Ferrat E, Le Breton J. Clinical inertia : viewpoint of general practioners and diabetologists. Diabetes & Metabolism 2012; 38: S53-S58.

[18]-Polonsky WH, Jackson RA. What's so tough about taking insulin? Adressing the problem of insulin resistance in type 2 diabetes. Clinical Diabetes 2004; 22: 147-50.

[19]-Raccah D, Molines L, Darmon P. Réalité actuelle en diabétologie. Les idées reçues, les barrières à l'insulinothérapie. Médecine des maladies Métaboliques 2011 ; vol.5 suppl.2 : 86-88.

[20].- Taylor S. Adjustment to threatening events : a theory of cognitive adaptation. Am Psychol 1983; 38: 1161-73.

[21]-Baudrant-Boga M, Allenet B. Inertie thérapeutique : et le patient dans tout ça ? Médecine des maladies Métaboliques 2011 ; vol.5 suppl.2 : 76-80.

[22]- Simon D. Therapeutic inertia in type 2 diabetes: insights from the PANORAMA study in France. Diabetes & Metabolism 2012; 38: S47-S52.

[23].- S. Halimi, B. Balkau, C. Attali, B. Detournay, E. Amelineau, J.-F. Blickle. Therapeutic management of orally treated type 2 diabetic patients, by French general practitioners in 2010: the DIAttitude Study Diabetes & Metabolism 2012;38: S36-S46

[24]-Halimi S, Attali C. L'inertie thérapeutique dans le diabète de type 2 : la comprendre sans la banaliser. Médecine des maladies Métaboliques 2011 ; vol.5 suppl.2 : 62-68.

[25]- Inzucchi S.E., Nauck M., Bergenstal R.M., et al. Management of hyperglycemia in Type2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012 ; 35 : 1364-1379

[26]- Drahi E, Varroud-Vial M. Education de premier recours : tout patient doit pouvoir en bénéficier. Le concours médical 2009 ; 131 (20) : 812815.

NOM : BELLANGER-URBANCZYK

PRENOM : Hélène

Titre de Thèse :

**Etude sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2
en Vendée :
impact sur la prise en charge en médecine générale.**

RESUME

L'importance de la qualité de vie dans le quotidien du diabétique de type 2 a été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé dès 1994, mais ce concept ne fut intégré en France dans un programme de santé publique qu'en 2007. En parallèle à ces grandes directives nationales, et dans la pratique clinique de médecine générale, sur quelle base un praticien pourrait-il intégrer ce concept pour améliorer le suivi de son patient ?

Pour ce faire, nous avons mené une enquête prospective multicentrique, en centre hospitalier et en cabinets de médecine générale, tant urbains que ruraux, auprès de 103 diabétiques de type 2 vendéens. Afin de pouvoir comparer les résultats à ceux de la dernière enquête nationale ENTRED de 2007, nous avons utilisé le même questionnaire SF12, avec quelques items complémentaires.

Cette étude souligne que les femmes, bien plus que les hommes, considèrent le diabète comme une maladie grave, aux répercussions physiques et sociales. Elles attendent donc un soutien psychologique. A l'inverse, les hommes ne semblent préoccupés que par la répercussion de la maladie sur leur couple.

Pour les deux sexes, la seconde plainte concerne l'équilibre alimentaire, difficile à mettre en œuvre au quotidien. Peu de patients font un lien entre éducation thérapeutique et réponse possible à cette problématique. Par contre, le traitement renforcé par l'insulinothérapie est corrélé positivement à la sensation d'un bon état de santé, et le principe de l'injection sous-cutanée n'altère pas la perception de la qualité de vie.

Les patients se reposent volontiers sur leurs médecins généralistes, qui ont un impact statistiquement significatif sur leur comportement, tant au plan alimentaire, qu'en matière d'acceptabilité de la maladie ou d'observance thérapeutique. L'activité physique, vécue comme difficile par les patients, est toutefois peu évoquée en consultation. Il semble que le rôle des associations de malades soit positif sur cet aspect. Le médecin généraliste pourrait alors y trouver une source de collaboration opérante.

MOTS-CLES

diabète de type 2, qualité de vie, éducation, information, écoute