



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

ANNÉE : 2019 N°005

Participation des patients diabétiques de type 2 aux consultations ASALEE selon leur niveau de précarité

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **24 Janvier 2019**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine
Par

CHENU LOBERT Coralie
Née le 19/06/1989 à Amiens (80)

Sous la direction de Dr PERROTIN Sofia
UFR de MEDECINE LYON-EST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. Directeur : Christophe VITON	
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologique
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie

Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale

Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail

Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

A mes maîtres et juges,

A monsieur le Professeur Yves ZERBIB, Professeur des universités et médecin généraliste, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre bienveillance. Veuillez accepter le témoignage de mon plus grand respect.

A madame le Professeur Martine LAVILLE, pour avoir accepté de siéger dans ce jury. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

A madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT, pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Au Docteur Sofia PERROTIN, pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Un immense merci pour ton soutien constant tout au long de ce travail. Merci pour ta patience et tout ce temps que tu as su me partager tout au long de ce travail malgré les nombreuses étapes de vie avec lesquelles nous avons dû jongler.

Aux professionnels ayant participé à cette thèse,

Merci à vous d'avoir accepté de participer à ce travail. Merci de m'avoir accordé de votre temps, je suis heureuse de ces rencontres diverses.

A mes chefs et modèles,

Merci à Marie PUGET, Thierry ZENONE, Marie DRUCKER, Florence, Elodie CONSTANT et toute l'équipe des services de médecine interne, néphro et rhumato du CH Valence, pour ce premier semestre inoubliable.

Un grand merci à l'ensemble des séniors dans les services d'urgences de Villefranche, de gynéco à Valence, de Gériatrie sur Charpennes.

Un immense merci à l'ensemble de l'équipe de Gériatrie Fourvière, qui m'a accompagné dans ce dernier semestre à l'hôpital, avec un ventre qui s'arrondissait de plus en plus de manière magistrale. Toute ma reconnaissance revient à Fouzia et Julien, et évidemment à Floriane, ma co-interne de choc !

Un paragraphe particulier pour Régis GUILLOT et Catherine CHAULET, mes maîtres de stage praticien, qui n'ont fait que confirmer la beauté, le dévouement entier, et la noblesse de notre métier qu'est la médecine générale. Pour tout ce dont vous m'avez appris, pour ces excellents déjeuners (merci Maurice et Thérèse) : je ne vous oublierai jamais.

A ma famille,

A mes parents, à qui je dois tellement, à qui je dois tout. Pour m'avoir épaulé, accompagné et surtout supporté durant toutes ces longues années d'études.

Papa, pour m'avoir tout d'abord amené le matin tôt au métro, pour avoir supporté mes crises de nerfs et de pleurs en première année, puis en sixième année après cette première journée d'ECN ; pour avoir été le meilleur statisticien, informaticien de tous les temps.

Maman pour m'avoir tant soutenue, pour m'avoir fait un beau sapin pour mon premier Noël seule à Monchat, pour m'avoir nourrie, blanchie, supportée malgré ma fatigue et donc ma mauvaise humeur pendant toutes ces périodes d'examens.

Mes parents chéris, je n'aurai pu vouloir mieux, vous avez été parfait, vous continuez à l'être, à vous intéresser, à suivre, à me faire confiance.

A mes frères et sœur, toujours présents, toujours bienveillants.

Je vous aime tous.

A mes grands-parents, papy, mamie, GMM, mes oncles et tantes qui m'ont toujours beaucoup soutenu, et qui se sont toujours intéressés à mon travail et à mes études : Et oui ça y est, je suis docteur !

A ma belle-famille,

Jean-Pierre et Martine, merci pour votre accueil chaleureux dans votre famille. Merci de tout ce que vous faites pour nous.

A Amandine, Damien et leurs enfants, merci pour tout.

A mes amis,

A mes SAC évidemment, mes copines du début, mes copines de toujours, mes témoins, merci d'être ce que vous êtes, merci pour vos folies, merci pour votre soutien, merci pour vos notes vocales pendant mes petits-déjeuners. Pour toujours et à jamais.

Pensée spéciale à Titoune et Ninou qui supporte notre amitié et notre folle complicité.

A mes copines de Galien, Audrey, Océane et Clémence avec qui tout a commencé et qui continue aujourd'hui, tant de souvenirs ensemble, nos tup à la cafet, les repas Picard, Artas, une caserne de gendarme, des soirées Woodslan.

A Roxane, à Marine et à Didine dixit Mélinda, Vous les filles, nos soirées vin Comte de TOLOSAN, paté croute et karaoké Larusso... que j'ai pu aimer ces soirées.

A mes copin-copines d'externat, de soirée, d'examens, de vacances et tant d'autres choses : A Laurent, Epin, Camille, Astrid, Thomas, Louis et Adé, Julie, Adrien et Alice, le Roux, Laure et toutes nos soirées partagées, de la coloc Lolo-Clément, aux apéros dentaires en passant par l'Espagne...

A Valence et les belles amitiés apportées : à Olivia, et nos incroyables gainages sur nekfeu, Jomarlane pour nos intenses discussions, les juju Boulet Dailly et leurs hommes, à Marine et Clément, à Clémence et Florent, à Anne-So, Gus et Ambre, à Victor, Clem et Cath, aux Cordier Guillaume et Ariane, à Marie et Robin ; à Jean et Anne (et Henri !), à Hugo, à Philippe et Anne-Kath, Augustin et Brune, à Matthieu.

Une spéciale Dédicace à Frama, mon Lil, mon premier co-interne.

A Margaux et nos sorties vélov et nos soirées bières, à Soulac, à Caro et nos apéros au Bonaparte, place Satho, de Galien jusqu'à Barcelone et bientôt Paris j'espère. De vieux, de bons souvenirs et encore beaucoup d'autres à venir.

Aux intrépides de Galien : Rouroux, Jéjé Joris, Jonas, Clément, Nico, toujours une pensée pour nos bons moments.

A mes nouveaux copains de Jarcieu et aux Ladies, merci de m'avoir si bien accueilli, merci pour votre folie, pour la vogue, pour les soirées de nouvel an, pour la gnôle de poires, les gueuses et autres spécialités que je ne connaissais pas.

Et surtout à toi, mon mari, mon meilleur ami, mon confident, mon amoureux.

Tu es ma vie. Merci de m'avoir soutenue et supportée, merci d'être qui tu es, merci pour toute notre vie.

Je t'aime tant.

A ma fille, mon trésor, ma Sarah, je t'aime.

Table des matières

Remerciements	12
Abréviations	18
Introduction	19
Matériel et Méthode	25
1. Cadre méthodologique :.....	25
2. Cadre éthique :.....	25
3. Population étudiée :.....	25
4. Mesure de la précarité : le Score de l'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé (EPICES) (17).....	26
5. Elaboration et distribution du questionnaire :.....	26
6. Recueil des données :.....	26
7. Analyse des données :.....	27
Résultat	28
1. Diagramme de flux :.....	28
2. Description de la population :.....	28
3. Score EPICES :.....	29
4. Participation aux consultations ASALEE :.....	30
5. Efficacité des consultations ASALEE :.....	31
Discussion	32
1. Lutte contre les inégalités sociales de santé :.....	32
2. Prévention et Education à la Santé pour tous :.....	33
3. L'éducation thérapeutique et ASALEE :.....	35
5. Adhésion aux consultations et objectif de l'étude :.....	38
6. Efficacité des consultations :.....	39
7. Forces et faiblesses de l'étude :.....	40
Conclusion	42
Bibliographie	44
Annexe 1	50
Annexe 2	51

Abréviations

ADA	Association Américaine du Diabète
ASALEE	Action de Santé Libérale En Équipe
CES	Centre d'Examen de Santé
CETAF	Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
DAPHNEE	Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EASD	Association Européenne pour l'étude du Diabète
ENTRED	Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
IDSP	Infirmières sont dites Déléguées à la Santé Publique
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Le diabète est une affection métabolique définie par l'existence d'une glycémie supérieure à 1,26 g/l à jeun à deux reprises (1). On estime en 2014 à 422 millions le nombre de patients diabétiques dans le monde (2). En France en 2016, 5 millions de patients présentaient un diabète dont plus de 90 % de type 2 (2). La prévalence du diabète en France en 2009 était estimée à 4,4%, (3) et à 5% en 2016 en constante augmentation (4). La prévalence augmente également avec l'âge : atteignant 10% de la tranche 55-74 ans en France (4). La gravité du diabète est liée à son impact fort en termes de mortalité puisqu'on estime à 1,5 millions le nombre de mort dans le Monde provoqué par le diabète en 2012 d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) mais également en termes de morbidité. En effet le diabète de type 2 provoque des complications micro-vasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) et macro-vasculaires dont la prévalence pour cette dernière est de 20% dans la population diabétique (infarctus du myocarde, artérite et accident vasculaire cérébral) (5).

Le diabète de type 2 est le plus souvent découvert à l'âge adulte. Il est dû soit à un déficit insulino-sécrétoire soit à une insulino-résistance caractérisée par :

- l'incapacité de l'insuline à obtenir une réponse efficace au niveau de ses organes cibles.
- un défaut de la captation musculaire du glucose.
- un accroissement de la production hépatique du glucose, à l'origine de l'hyperglycémie à jeun.

Les facteurs de risque du diabète de type 2 sont les personnes à risque d'insulino-résistance (obésité androïde, âge, sédentarité et facteur génétique), présentant une anomalie du métabolisme glucidique, ou encore ayant des antécédents familiaux de diabète de type 2.

Dans la prise en charge du diabète, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'effectuer en cabinet médical tous les trois mois à un an (6) :

- un interrogatoire avec une évaluation du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'activité physique ou sportive, de l'alimentation, la recherche de symptômes d'hypoglycémie, le suivi de l'observance et de la tolérance des traitements, l'évaluation des besoins en éducation thérapeutique et le suivi de la vulnérabilité sociale.

- une évaluation clinique avec la mesure de la pression artérielle, le poids et le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), défini par le poids sur la taille au carré, l'auscultation des vaisseaux et un examen des pieds.
- la réalisation d'examens complémentaires tels qu'une biologie avec : Hémoglobine glyquée (HbA1c) qui permet d'évaluer l'équilibre glycémique sur deux à trois mois, un bilan lipidique, une créatininémie avec calcul du débit de filtration glomérulaire, l'albuminurie, la réalisation d'un électrocardiogramme, la réalisation d'un fond d'œil et le contrôle de l'état bucco-dentaire.

L'objectif du traitement d'un patient diabétique est la prévention des complications aiguës mais surtout la prévention de l'apparition des complications chroniques, par l'intermédiaire d'un contrôle glycémique correct. La prise en charge du diabète de type 2 débute par la mise en place d'un partenariat avec le patient avec notamment une information sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques. En France, la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 Juillet 2009, inscrite dans le Code de santé publique a posé le cadre législatif pour reconnaître l'Education thérapeutique comme thérapeutique à part entière dans l'amélioration de l'état de santé des personnes (7).

Il a été démontré l'importance de l'éducation thérapeutique pour aboutir au contrôle de la glycémie (8-9). En effet cela permet au patient de s'investir dans la prise en charge de sa pathologie, de l'autonomiser afin de le rendre actif dans sa prise en charge et dans un but d'amélioration de sa qualité de vie malgré la maladie.

L'éducation thérapeutique du patient a été défini par l'OMS comme visant « à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (7).

L'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient est d'ailleurs rappelée dans le rapport de consensus publié en Octobre 2018 par L'Association Américaine du Diabète (ADA) et l'Association Européenne pour l'étude du Diabète (EASD) (10). Elle met l'accent sur la particularité individuelle des patients qui doit être prise en compte pour une prise en charge optimale de la maladie. Elle doit tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient mais également des comorbidités associées et des vulnérabilités sociales et psychologiques. L'éducation thérapeutique peut être dispensée

par l'ensemble des professionnels de santé, à l'hôpital ou en ville, pour tous les patients porteurs de maladies chroniques selon un modèle biopsychosocial.

L'éducation thérapeutique permet également de confirmer ou de développer les compétences d'adaptation du patient lors d'entretiens à visée motivationnels, afin d'adapter son mode de vie avec notamment les mesures hygiéno-diététiques telles que l'alimentation et les activités physiques mais également afin de préserver la qualité de vie du patient malgré la maladie. L'éducation thérapeutique doit d'abord être proposée mais surtout acceptée par le patient afin d'en tirer le maximum de bénéfices. Les proches peuvent également être associés à cette prise en charge. Il est important que le patient s'engage dans cette relation avec le soignant et qu'il soit créée une véritable alliance thérapeutique avec une confiance mutuelle solide. Il faudra s'accorder sur un plan d'action, définir ensemble les objectifs, guider le patient sans le diriger. Il faut réussir à faire verbaliser au patient ses propres arguments et motivations à sa participation aux consultations d'éducation thérapeutique et aux changements à mettre en place afin que celles-ci se pérennisent. Il s'agira ensuite de planifier un plan d'action, d'apporter différentes stratégies et de donner les informations nécessaires et appropriées aux patients.

Il a été démontré l'efficacité du transfert de tâches entre médecins généralistes et infirmières, notamment dans la prise en charge de maladie chronique telle que le diabète avec par exemple le suivi biométrique des patients, la distribution de plan de soins personnalisé (11). Devant ce constat, le réseau Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) a été créée en 2004 en Poitou-Charentes par un groupe de médecins libéraux dans le but d'améliorer la qualité des soins en médecine générale. ASALEE a été créé dans un contexte d'accroissement des demandes de prise en charge des pathologies chroniques, alors que la démographie médicale est en baisse, et repose sur une coopération interprofessionnelle médecin et infirmière. Les infirmières sont dites Infirmières Déléguées à la Santé Publique (IDSP) et sont soit salariées de l'association, soit libérales en fonction de leurs préférences. L'objectif de l'association est l'amélioration de la qualité des soins par le transfert aux infirmières de consultations d'éducation à la santé selon quatre protocoles : le dépistage et la prise en charge du diabète, le suivi des patients à risque cardiovasculaire, le dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive et le dépistage des troubles cognitifs. Le médecin traitant adresse les patients éligibles à l'infirmière afin qu'ils définissent ensemble un ou plusieurs objectifs éducationnels : thérapeutique, nutritionnel et de connaissance de sa maladie (12).

Les infirmières s'inscrivent dans une démarche relationnelle éducative et ont donc la responsabilité d'actes de suivi ou de dépistages inscrits dans les différents protocoles des pathologies tel que la réalisation d'électrocardiogramme, l'examen des pieds, la prescription de prise de sang pour analyse biologique. Tout ceci est l'occasion d'entrer dans une démarche d'éducation à la santé du patient. Il s'agit d'un travail d'équipe médecin-infirmière où chacun réalise des activités différentes, qui lui sont propres, avec le patient au centre de la prise en charge. La collaboration entre les trois acteurs que sont le médecin, l'infirmière et, au cœur de ce trio, le patient, est donc étroite et majeure.

Les équipes médecins-infirmières échangent régulièrement au sujet de leur patient, mais également de leur organisation de manière formalisée lors de réunions et de manière informelle par le biais informatique (messagerie et sécurisée dossier médical commun).

L'étude Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques (ENTRED) de l'Institut de Veille Sanitaire entre 2001-2003 puis 2007-2010 a montré que la majorité de la population diabétique était peu aisée financièrement (5). D'autres études ont confirmé des disparités liées à l'âge, au sexe (les hommes sont plus touchés que les femmes), aux conditions sociales, ainsi que des disparités géographiques. En 2013, les taux de prévalence les plus élevés en France étaient dans les départements et régions d'outre-mer (10,21% à l'île de la Réunion) et dans le nord de la France (6,23% dans les Hauts-de-France). Tandis que les régions de l'ouest de la France métropolitaine avaient les taux de prévalence les plus faibles : Bretagne (3,33%), Pays-de-la-Loire (4,08%) (13-14).

A partir de 1992, les Centres d'Examen de Santé (CES) ont focalisé leur activité sur les populations en situation de précarité, définies alors sur des critères socio-administratifs : chômeurs, personnes sans domicile fixe, jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle. Mais la situation de précarité ne dépend pas uniquement de ces critères et il a donc fallu trouver une autre définition. En effet d'autres facteurs tel que la culture, le logement, la santé rentrent en compte pour compléter et affiner la définition des populations en difficulté (15).

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) a été créée en 1998 à partir d'un questionnaire de 42 questions fermées (oui/non) prenant en compte de multiples dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale,

liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. 7208 personnes, âgées de 16 à 59 ans, ont testé le questionnaire dans 18 CES afin de sélectionner les 11 questions résumant à 90% la situation de précarité d'un sujet (16). Les calculs ont permis de déterminer les « poids » de chaque question, donnant la règle de calcul du score au niveau individuel, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum) avec un seuil de 30,17 comme seuil de précarité (17).

Nous savons qu'il existe une hiérarchie sociale, et on remarque qu'il existe un gradient de santé où le niveau de morbidité et de mortalité augmente lorsque l'on s'approche des classes les plus défavorisées (16). Il existe donc des inégalités sociales de santé définies par des différences d'état de santé entre les différents groupes sociaux.

Les déterminants sociaux de santé expliquent comment les inégalités sociales deviennent des inégalités d'état de santé. Ils sont représentés par les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires. Les déterminants structurels sont liés aux stratégies politiques, économiques, à la répartition du pouvoir, des revenus, des biens et des services au niveau mondial et national (18). Les déterminants intermédiaires sont représentés par les conditions de vie avec notamment les différences d'accès au soin, les conditions de travail, la scolarisation et l'éducation, l'habitat avec le logement et la qualité de l'environnement du quartier.

On remarque alors que l'état de santé d'un individu résulte de l'intrication de l'ensemble de ces déterminants sociaux et qu'il existe donc des iniquités en santé, définies par des « différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables et injuste. Le terme a donc une dimension morale et éthique » (19).

En France, la prise de conscience des inégalités sociales de santé est présente mais les politiques publiques sont encore fragiles à ce sujet. Un rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a été spécifiquement consacré à la question en 2009 (20). Il soulignait l'importance de développement de politiques qui prennent en compte ces déterminants sociaux de la santé et d'un suivi précis des inégalités de santé en mettant en place un centre d'expertise et de coordination pour mettre en lien l'ensemble des professionnels, chercheurs et statisticiens au niveau local et national.

Afin d'agir et d'éliminer ces inégalités sociales de santé, il faut donc intervenir sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui donc nécessite une connaissance et une exploration précise de chaque facteur, ce qui fait défaut actuellement en France car il faudrait une ligne

de conduite précise et unanime. On retrouve chez les patients précaires une moindre participation aux programmes de santé, de prévention, de dépistage mais aussi de suivi (21).

Notre étude s'est intéressée à la participation des patients diabétiques de type 2 aux consultations d'éducation thérapeutique proposées par le réseau de soin ASALEE.

Existe-t-il une différence de participation des patients diabétiques selon leur niveau de précarité individuelle défini selon le score EPICES ?

L'hypothèse principale était que les patients les plus précaires participaient moins aux consultations ASALEE.

Nous nous sommes également intéressés à l'efficacité de ses consultations notamment sur l'amélioration de l'HbA1c et de l'IMC, avec l'hypothèse que ces consultations étaient aussi efficaces chez les patients précaires comme non précaires.

Matériel et Méthode

1. *Cadre méthodologique :*

Une étude transversale monocentrique a été réalisée dans un cabinet médical à Vénissieux du 30 Juillet 2017 au 18 Février 2018 où exercent quatre médecins généralistes en coopération avec une infirmière ASALEE. Le choix s'est porté sur ce cabinet car il est situé dans une zone de forte précarité. La commune de Vénissieux présente un taux de chômage de 22% contre 11% pour la région Rhône-Alpes, avec 21.3% de personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) comparativement à 7.4% dans la région, les allocataires à bas revenus représentent 59.2% de la population de Vénissieux contre 41.2% en Rhône-Alpes (22).

2. *Cadre éthique :*

Dans le cadre de la réglementation française, l'étude étant en dehors de la Loi Jardé (23-24) car portant sur la recherche sur base de données, aucun avis du Comité de Protection des Personnes n'a été demandé (annexe 1).

Après demande auprès du Comité Nationale Informatique et Liberté, nous avons la confirmation que l'étude a été menée conformément à la méthodologie de référence MR-003 donc sans autorisation spécifique nécessaire. Les données ont été stockées sur claroline, un serveur sécurisé, uniquement accessible par les chercheurs, et seront détruites par la suite.

3. *Population étudiée :*

Le critère d'inclusion était d'être patient diabétique de type 2, consultant au cabinet, quel que soit le motif de consultation, auprès des médecins généralistes entre le 30 Juillet 2017 et le 18 Février 2018. Le critère d'exclusion était le refus de la part du patient de participer à l'étude.

4. Mesure de la précarité : le Score de l'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé (EPICES) (17) :

Le score EPICES a été choisi comme référence pour calculer le niveau de précarité individuel de nos patients. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) et chaque question présente un score différent (tableau 1). Un seuil supérieur à 30.17 était considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

5. Elaboration et distribution du questionnaire :

Nous avons réalisé un questionnaire en trois parties : la première partie comprenait la notice d'information et l'identification du patient, la seconde, la participation au programme ASALEE et la dernière, le score EPICES pour définir la précarité du patient (annexe 2).

La notice comprenait l'explication pour le patient de l'anonymisation des résultats ainsi qu'une demande d'autorisation à accéder à leur dossier médical pour étudier des paramètres médicaux liés à leur diabète.

Nous avons demandé aux quatre médecins généralistes du cabinet et à leur remplaçant, le cas échéant, de distribuer à chaque patient diabétique de type 2 le questionnaire de manière systématique.

Le chercheur a rencontré les médecins, la secrétaire et l'infirmière du cabinet à deux reprises afin d'expliquer l'objectif de l'étude, le mode de distribution des questionnaires et le recueil des données afin d'améliorer l'adhésion des participants et d'augmenter les chances de recrutement.

6. Recueil des données :

Les questionnaires papiers ont été recueillis au cabinet médical, puis retranscrits intégralement sur Excel©. Un recueil des données médicales des patients ayant accepté l'accès a été récolté avec l'infirmière ASALEE à son cabinet et retranscrit intégralement sur Excel©. Le stockage des données était sur un serveur sécurisé. Toutes les données identifiantes ont été détruites à la suite de l'étude.

7. Analyse des données :

Pour analyser les données, un calcul du score EPICES de chaque patient a été réalisé puis la population a été distribuée selon leur score en quintile afin de mieux percevoir la distribution de notre population selon leur niveau de précarité. Les quintiles ont été ordonnés du quintile 1 (Q1) au quintile 5 (Q5). Le quintile 1 regroupait les sujets présentant les scores EPICES les plus bas, correspondant à l'absence de précarité. A l'opposé, le quintile 5 regroupait les sujets présentant les scores EPICES les plus élevés, correspondant au maximum de précarité.

Il a fallu ensuite distinguer ceux à qui avait été proposé la participation au réseau ASALEE de ceux à qui cela n'avait pas été proposé, ceux ayant participé ou non.

Un test t à deux échantillons a été réalisé afin de déterminer s'il y avait une différence entre les précaires et les non précaires avec un degré de significativité choisi de $p < 0.05$.

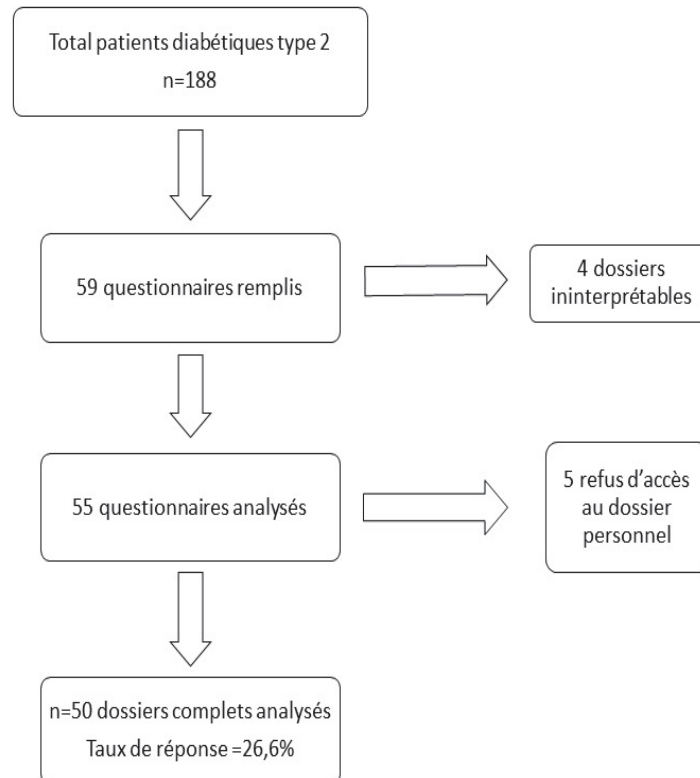
Tableau 1 - *Calcul du score EPICES : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui. Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions EPICES*
 $= 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$.

Questions	Coefficients
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
Vivez-vous en couple ?	-8,28
Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10
Constante	75,14

Résultat

1. Diagramme de flux :

Figure 1- Diagramme de flux



2. Description de la population :

Le critère de sélection de la population était l'ensemble des patients diabétiques de type 2 consultant au cabinet quel que soit le motif de consultation entre le 30 juillet 2017 et le 18 février 2018.

Nous avons donc inclus dans l'étude 50 patients dont les principales caractéristiques sont résumées dans le Tableau 2. L'âge moyen était de 64.5 ans et variait de 38 à 89 ans.

Tableau 2 : Données démographiques de l'étude

Sexe (n)	Homme	20
	Femme	30
Précarité (n)	Q1	1
	Q2	7
	Q3	8
	Q4	16
	Q5	18
Age (années)	Moyenne	64,5

Q = quintile de distribution de précarité selon le score EPICES ; Q1 [0—7.1[Q2 [7.1-16.56[Q3 [16.56-30.17[Q4 [30.17-48.52[Q5 [48.52-100]

3. Score EPICES :

Nous avons réparti notre population selon les quintiles de distribution de précarité et leur âge dans le Tableau 3. 34 patients étaient considérés comme précaires soit 68% de notre échantillon.

Tableau 3 - Distribution de la population diabétique de type 2 selon leur répartition par quintile du score EPICES

Age (années)	[38 –60[	[60 -75[	> 75	TOTAL
Q1 [0 – 7,10[		1		1
Q2 [7,10 – 16,56[		4	3	7
Q3 [16,56 –30,17[		5	3	8
Q4 [30,17 –48,52[	8	4	4	16
Q5 [48,52 – 100[	6	7	5	18
TOTAL	14	21	15	50

4. Participation aux consultations ASALEE :

Nous nous sommes demandé s'il y avait une différence dans la proposition de participation par les médecins aux consultations et de participation vraie, c'est-à-dire de réelle présence à au moins une consultation d'éducation thérapeutique réalisées par ASALEE selon le niveau de précarité des patients. Les résultats sont retrouvés dans le Tableau 4.

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre la proposition des médecins à participer et la participation des patients en fonction de leur niveau de précarité individuel.

Tableau 4 – Taux de participation des patients diabétiques de type 2 selon leur condition de précarité.

	Précaires	Non Précaires	
Proposition Participation	28/34 (82,35%)	13/16 (81,25%)	p=0,925
Participation Vraie	21/34 (61,76%)	8/16 (50%)	p=0,434

Le nombre moyen de consultation pour les patients précaires était de 6.6 contre 4.1 consultations en moyenne pour les patients diabétiques non précaires (p=0.102).

On retrouve donc un taux de participation plus important chez les précaires par rapport aux non précaires sans que cela soit statistiquement significatif (p=0.434) avec également un nombre plus important de consultations.

5. Efficacité des consultations ASALEE :

Tableau 5 – Evolution des données selon participation des patients précaires et non précaires aux consultations ASALEE.

		Patients Précaires			Patients non précaires		
		Avant	Après	p	Avant	Après	p
HbA1c	Total	7.2	7.5		7	6.9	
	Avec ASALEE	7.6	7.5	0.909	7.1	6.5	0.664
	Sans ASALEE	6.7	7.5	0.205	6.8	7.2	0.643
IMC	Total	32.77	32.39		30.92	30.35	
	Avec ASALEE	33.87	33.94	0.913	33.02	32.24	0.802
	Sans ASALEE	31.66	30.84	0.793	28.81	28.45	0.981
Nombre traitement		1.5	1.6	0.759	1.9	2	0.917
Modification traitement	ADO(n)	20	23		11	10	
	Insuline + ADO(n)	8	12		4	4	

HbA1c= Hémoglobine glyquée ; ASALEE= Action de Santé Libérale En Equipe ; IMC= Indice de Masse Corporelle ; ADO= Anti-Diabétique Oral ; n= nombre de patient

Le taux d'hémoglobine glyquée s'est amélioré lorsque les patients ont participé aux consultations d'éducation thérapeutique, que ce soit pour les patients précaires comme les non précaires sans que cela soit statistiquement significatif.

Cependant il existe une infime augmentation de l'IMC chez les patients précaires ayant participé aux consultations ASALEE alors qu'en moyenne l'IMC a diminué chez les autres groupes de patient mais les résultats sont non statistiquement significatifs.

Discussion

Contrairement à notre hypothèse, il n'existe pas de différence de participation aux consultations d'éducation thérapeutique proposées par le réseau ASALEE des patients diabétiques de type 2 selon leur niveau de précarité. Dans notre échantillon de patient, composé majoritairement de patients précaires, il n'existe pas de différence d'efficacité des consultations sur les paramètres biomédicaux étudiés.

1. Lutte contre les inégalités sociales de santé :

Dans une volonté de lutte contre les inégalités sociales de santé, la Commission des déterminants sociaux de l'OMS a proposé des recommandations et des conseils d'action parmi lesquels ressortent trois principes fondamentaux (18) :

- 1) L'amélioration des conditions de vie quotidienne dont : l'éducation, les conditions de vie et au travail, l'importance de la protection sociale, l'importance de l'éducation des jeunes filles et du contexte d'accouchement des femmes.
- 2) La lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources avec pour cela l'importance d'une gouvernance dévouée à l'équité.
- 3) Reconnaître et mesurer l'ampleur du problème, l'analyser et évaluer l'action entreprise. Il est nécessaire également de se munir d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et ouvrir un champ de recherche en santé publique sur ce thème.

La lutte contre les inégalités sociales de santé demande donc la collaboration du gouvernement et des mouvements populaires mais aussi de toutes les composantes de la société c'est-à-dire à tous les niveaux, toutes les échelles, que ce soit locales, régionales, nationales, européennes ou mondiales.

Toutes les interventions successives ont un impact additionnel sur l'amélioration de l'état de santé globale et donc sur la diminution de l'iniquité de santé (16-18). Il existe donc des inégalités sociales de santé avec une précarité amenant à un isolement social, faisant écho à des difficultés économiques, avec parfois une barrière linguistique et culturelle.

Comme facteur agissant sur l'état de santé, on remarque donc l'importance des conditions de vie du patient, que ce soit son habitat, mais également ses habitudes culturelles, éducationnelles et notamment concernant l'alimentation.

Plus on est pauvre, plus on est touché par le diabète. Sur la période 2010-2015, la prévalence du diabète était 1,3 fois plus élevée chez les hommes vivant dans les communes les plus défavorisées, et 1,7 fois pour les femmes. Parmi les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C), la prévalence du diabète traité chez les moins de 60 ans était deux fois plus élevée (3,6% vs 1,7%) (25). Des études franciliennes et du Languedoc confirment le lien entre la précarité et l'incidence plus importante du diabète (26-27). Dans la population précaire, le diabète serait également moins bien équilibré et avec une HbA1c plus élevée. Ils présentent plus souvent des complications liées au diabète (5-26-27).

Ce qui permet de mieux comprendre l'importance de l'impact et du champ d'action que peut avoir le réseau ASALEE notamment dans l'éducation thérapeutique auprès des patients précaires qui en font des cibles privilégiées de ce type d'intervention. Notre étude, malgré l'absence de résultats significatifs tend à nous montrer que l'adhésion à ce dispositif ne semble pas être modifiée selon de niveau de précarité et pourrait donc participer à limiter les inégalités sociales de santé dans un quartier précaire.

Bien que considérées comme importantes par les français, la prévention et l'éducation à la santé ne sont souvent pas les postes de priorité des ménages (28).

2. Prévention et Education à la Santé pour tous :

Dans une volonté d'économie à la santé, les politiques commencent enfin à se tourner vers le « prévenir » pour le mieux « guérir », du « cure » vers le « care ». Les français, bien que convaincus de l'utilité de la prévention et de l'éducation à la santé, ne se déclarent ni correctement, ni suffisamment informés sur le sujet. En effet, d'après un récent sondage réalisé en 2016, 57% des français, dont 65% des ouvriers et 49% des patients porteurs de maladies chroniques, les plus bénéficiaires de ce type de campagne se disaient mal informés au sujet de la prévention (29). De plus, pour 84% des français interrogés lors d'un sondage réalisé en 2015, il serait plus facile de suivre un programme de prévention et d'éducation à la santé s'ils avaient davantage d'argent (28). Il est retrouvé qu'en cas de

crise budgétaire, le premier poste de réduction des frais des français serait l'alimentation, vient ensuite la pratique sportive puis la santé, piliers des actions de prévention (28). Les propositions sont nombreuses afin de réduire ces difficultés.

Tout d'abord, pour l'information sur la promotion de la santé, il serait intéressant de regrouper sur une plateforme internet, les programmes et initiatives locales, territoriales et nationales de prévention et d'éducation à la santé. On pourrait favoriser et communiquer également sur les initiatives d'entreprises privées telles que la fondation Décathlon par exemple qui a pour mission principale de venir en aide à des personnes en situation de fragilité afin qu'elles puissent mieux vivre grâce à la pratique du sport ou d'une activité physique (30). Une formation focalisée sur la prévention et l'éducation pourrait être proposée aux professionnels de santé et aux travailleurs sociaux afin d'améliorer la communication sur la promotion à la santé, sur une population ciblée. Il semblerait intéressant de favoriser les partenariats publics-privés. En effet, devant les difficultés financières de la sécurité sociale, en favorisant ces collaborations, on pourrait imaginer davantage de communication et de publicité. Comme par exemple la campagne réalisée par Ag2R la mondiale sur l'asthme du boulanger (31). Cependant il ne faut pas oublier, la méfiance de la population française, lorsque ces campagnes sont copilotées avec des laboratoires pharmaceutiques ou assurances. Les français seraient également favorables à 59% à la diminution du remboursement des traitements chez les patients atteints de maladies chroniques qui ne suivraient pas leur programme de prévention. Mais également à la réalisation d'une taxe par l'Etat sur les produits gras et sucrés, afin de reverser cet argent pour la prévention à la santé et de rembourser par exemple l'activité physique prescrite sur ordonnance à une population spécifiquement adaptée (28-29). Cependant cela risquerait de créer de nouvelles inégalités de santé en termes de prise en charge.

Le réseau ASALEE est proposé et disponible à tous, dans la gratuité et donc avec une facilité d'accès pour l'ensemble de la population dont le médecin traitant adhère au dispositif quel que soit son statut social, sans distinction selon le sexe ou l'origine ethnique et permet un dépistage, une prévention mais aussi une action de traitement dans ses domaines d'action tel que le diabète de type 2. Il lutte donc, à son échelle contre les inégalités sociales de santé.

3. *L'éducation thérapeutique et ASALEE :*

Les objectifs de l'éducation thérapeutique décrits par la HAS dans son guide méthodologique pour la « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » de Juin 2007 (32), sont principalement l'apprentissage ou le maintien des compétences de soins et d'adaptation de sa propre maladie. Elle débute par un diagnostic éducatif afin de définir un programme personnalisé et adapté au patient avec des priorités dans l'apprentissage. L'éducation thérapeutique peut être individuelle ou collective et il est nécessaire de réaliser régulièrement une évaluation des compétences acquises par le patient.

Les consultations d'éducation thérapeutique proposées par l'infirmière ASALEE durent environ quarante-cinq minutes, sont gratuites pour le patient et ont lieu, soit sur le lieu d'exercice du médecin traitant, soit à proximité immédiate. Elle réalise les consultations d'éducation thérapeutique ainsi que des actes dérogatoires en termes de suivi. L'infirmière fait le point sur la maladie, son suivi, les connaissances du patient sur sa maladie. Elle fait une évaluation de départ et adapte ensuite son éducation, c'est une intervention centrée sur le patient. L'infirmière est alors un pilier d'écoute et d'information et permet un travail de prévention et de suivi. Elle confirme avec le patient la place primordiale d'alliance thérapeutique et fixe avec lui des objectifs qui prennent en compte les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS.

L'évaluation du dispositif ASALEE a été confiée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) par la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère des Solidarités et de la Santé et par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) entre 2013 et 2017. Le programme d'évaluation de l'expérience ASALEE s'intitule Daphnee (Doctor and advanced public health nurse experiment evaluation). Cette évaluation explore quatre axes (33) :

- Une évaluation qualitative afin d'analyser les dispositifs locaux d'ASALEE autour du binôme médecin-infirmière dans leur environnement ainsi que la gestion interne d'ASALEE et son insertion dans le système de santé.
- une enquête déclarative auprès des généralistes et infirmières pour définir leur système de coopération.

- Des évaluations d'impact du dispositif ASALEE sur des médecins, le suivi et les parcours de soins des patients.
- Une évaluation quantitative de l'impact d'ASALEE sur la qualité des soins et services rendus (dépistage et suivi).

Cette évaluation a permis de mettre en lumière l'importance d'une coopération médecin infirmière et l'importance de l'éducation thérapeutique pour une meilleure prise en charge du diabète afin de diminuer la morbi-mortalité et surtout d'améliorer la qualité de vie des patients.

L'évaluation sociale des patients bénéficiaires du réseau ASALEE n'avait pas été, à notre connaissance, jusque-là réalisée.

4. La population précaire est-elle adaptée à une éducation thérapeutique efficace ?

Les freins à la participation de la part des professionnels :

Même si peu d'étude ont été réalisées sur ce sujet, nous avons pu voir que le sujet d'éducation thérapeutique avec notamment les conseils en activité physique ou concernant l'alimentation sont plus difficilement abordés auprès de la population précaire (34). La relation entre le médecin généraliste et le patient, la bonne communication a une influence positive sur sa prise en charge, son observance et sur ses résultats de santé (35). Or cette communication peut être influencée par le statut socio-économique du patient avec une représentation des connaissances, du vécu, du ressenti du patient, faussement orientée. Il existe un a priori négatif des médecins avec une croyance sur une moindre intelligence, une motivation diminuée des patients précaires en ce qui concerne leur état de santé (36). Cette perception négative peut alors influencer la prise en charge du patient avec une orientation différente du patient selon son niveau de précarité (36).

Dans notre étude, les professionnels de santé que sont les médecins généralistes, proposent sans différence, les consultations aux patients précaires et non précaires ce qui contredit notre hypothèse initiale. Nous ne retrouvons pas de différence parce que les médecins généralistes participant à notre étude, exerçant en zone de précarité, sont probablement sensibilisés à la problématique de la précarité et donc ne font pas de différence entre les

patients précaires et les non précaires. Il est aussi possible que n'ayant pas eu un recrutement suffisant, cette différence de proposition n'ait pas été retrouvée. Ce type de recherche devrait, au vue de l'hypothèse, être multicentrique dans des régions avec des gradients sociaux différents.

De la part des patients :

L'absence de proposition par le médecin traitant à la participation aux consultations d'éducation thérapeutique est le premier frein à la non-participation du patient. Il existe un renoncement aux soins pour raisons financières mais pas uniquement. Il existe des raisons liées aux conditions de vie ou bien de l'histoire de vie ou de famille liées à ce défaut de prise de soins de soi (37). Les raisons du refus de participation aux consultations n'ont pas été étudiées dans notre étude mais semblent, après discussion avec les différents professionnels de santé participant à l'étude, médecin généraliste et infirmière ASALEE, être tout d'abord la barrière culturelle et linguistique avec certains patients ne parlant pas la langue française, d'autres, très réticents à l'idée de changer leurs habitudes de préparation culinaire, rattaché à une empreinte culturelle forte.

Il y a également l'absence de besoin ressenti par le patient avec le sentiment de ne pas être diabétique, ou encore celui de suffisamment connaître la maladie et ses traitements. Ce motif de renoncement aux soins a été étudié avec une approche socio-anthropologique où il ressort deux types de renoncement : le renoncement-barrière avec l'existence d'une contrainte financière mais également le renoncement-refus avec la notion d'autonomie du patient vis à vis de la médecine. Le renoncement-refus est représenté avec soit des symptômes non identifiés par le patient, il n'existe pas de besoin, donc pas de renoncement vrai, ou bien avec des symptômes intériorisés, avec la mise en place de compensation non conscient du sujet réalisés parfois sur des générations avec des traditions familiales (38).

La représentation des maladies se constitue à partir de nos expériences, des informations qui nous sont transmises, des savoirs et des modèles que l'on reçoit et que l'on transmet. La maladie vécue par les patients a donc une représentation qui peut être très différente de la représentation qu'en a le corps médical. (39)

Parfois, il existerait une absence ou un défaut de compréhension sur les modalités et les objectifs de l'éducation thérapeutique et donc une dépréciation de ces consultations qui seraient alors uniquement chronophages et synonyme de perte de temps pour les patients.

Les patients craignent également un coût financier important alors que comme vu précédemment, les consultations sont entièrement prises en charge par la sécurité sociale.

Ici, il n'y a pas de barrière de lieu avec l'impossibilité pour les patients de se rendre aux consultations en cas de difficulté de transport puisque les consultations ont lieu sur le même emplacement.

On peut également se poser la question de la force de conviction du médecin lors de la proposition. Il a été vu que plus la recommandation par le médecin était forte, et plus le patient y participait. (40)

Le terme d'éducation thérapeutique peut également être un frein avec parfois dans la représentation par le patient une connotation négative avec une expérience familiale et/ou scolaire mauvaise.

Le fait que ces consultations d'éducation thérapeutique ne soient pas obligatoires peut également être un frein à la participation des patients.

5. Adhésion aux consultations et objectif de l'étude :

Les patients participant aux consultations d'éducation thérapeutique se rendent donc en moyenne quatre fois pour les patients non précaires et six fois pour les patients précaires. Il n'a pas été évalué le nombre de séances nécessaires pour un patient, ni une durée de suivi suffisante. L'éducation thérapeutique doit d'adapter à chacun.

L'avantage des consultations se trouve dans la proximité géographique, également la relation de confiance s'installant avec l'infirmière ASALEE et il semble d'après l'infirmière que le fait de programmer les séances à l'avance permette d'augmenter l'assiduité des patients.

On ne retrouve donc pas de différence de participation aux consultations d'éducation thérapeutique statistiquement significative entre la population diabétique précaire et non précaire avec même davantage de participation pour la population précaire.

Ce résultat peut s'expliquer de plusieurs manières : l'étude se situe dans une zone de forte précarité et donc notre recrutement est à l'avantage des patients précaires. Comme dit

précédemment les médecins généralistes exerçant dans cette zone, sont probablement davantage sensibilisés sur le sujet et donc proposent certainement plus facilement à cette population. Il est possible que les patients plus âgés participent moins à ces consultations, or cette proportion chez nos patients non précaires est très importante.

6. *Efficacité des consultations :*

Dans notre étude, on remarque que les taux d'hémoglobine glyquée pour les patients diabétiques précaires comme non précaires diminuaient sur notre période d'étude pour ceux ayant participé aux consultations ASALEE alors que ce taux augmentait pour les patients n'ayant pas été aux consultations ASALEE. Ce qui est en accord avec les données de la littérature même si dans notre étude ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. (8-9-31)

On ne peut donc pas conclure car devant la faiblesse de notre échantillon, l'ensemble des résultats était non significatif. On remarque cependant que l'intervention d'ASALEE permet une adaptation du traitement avec un changement du nombre de traitement anti-diabétique oral ou la mise en place d'une insulinothérapie plus importante lorsque les patients consultent l'infirmière ASALEE.

Le transfert de tâches entre professionnels de santé est de plus en plus un sujet d'actualité et étudié devant son efficacité démontrée (11). Il a été prouvé la place prépondérante de l'éducation thérapeutique dans cette transférabilité de tâches notamment chez les patients diabétiques ou présentant de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire. Malgré tout l'adaptation des thérapeutiques par les infirmières, restent néanmoins moins acceptés par les professionnels de santé devant la nécessité d'une formation suffisante dans ce domaine (41).

7. Forces et faiblesses de l'étude :

Forces :

Il existe très peu d'étude sur le sujet ce qui fait de notre étude un projet innovant et fort. Il s'agit d'un sujet d'actualité puisque l'éducation thérapeutique est actuellement au cœur des recommandations pour les pathologies chroniques et le système de santé se réforme pour se regrouper de plus en plus autour de réseau de soins.

Le partage de tâches est également de plus en plus présent avec une démographie médicale difficile et donc un gain de temps et une amélioration de la prise en charge des patients essentiels.

Pertinence du choix du questionnaire :

Le score EPICES permet d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les seuls critères sociaux et administratifs car il intègre l'aspect multidimensionnel de la précarité.

En 2002, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF) à évaluer la pertinence du score EPICES pour détecter les individus précaires présentant des problèmes de santé selon trois études (42) :

- 1) Relation entre EPICES et les déterminants de la précarité, le mode de vie et les indicateurs de santé.
- 2) Comparaison entre la précarité selon EPICES et selon l'article 2 de l'arrêté de 1992.
- 3) Discordances des populations selon le score EPICES et selon l'article 2.

Cela a permis de démontrer que la précarité définie par le score EPICES est davantage en lien avec l'ensemble des indicateurs de vulnérabilité sociale que les critères socio-administratifs de l'article 2 et permet donc de mieux reconnaître et surtout d'éviter d'exclure une population plus à risque de problèmes de santé (43).

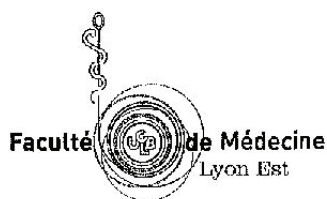
Faiblesses :

Il existe un biais de sélection puisque la population n'est pas comparable à la population française diabétique d'après l'étude ENTRED (5), nous avons recruté davantage de femmes, la population est plus jeune, nous avons une majorité de patients précaires...car l'étude a été réalisé dans un seul cabinet médical.

Cela aurait été intéressant de réaliser une étude multicentrique afin de pouvoir augmenter le recrutement et obtenir une population représentative de la population française diabétique.

Nous avons un faible recrutement, reflet de la difficulté de faire participer les médecins généralistes aux études, avec comme arguments le manque de temps, ou encore le manque d'intérêt. Les médecins généralistes sont déjà souvent sursollicités par leur patientèle mais également souvent reçoivent beaucoup de demande de participation à des travaux d'études et de thèse. La réalisation de ce travail avec l'aide d'un texte explicatif avec les objectifs de l'étude, des pistes d'amélioration qui seraient alors proposés peuvent éventuellement motiver davantage le praticien. La réalisation du questionnaire en amont ou en aval de la consultation par une tierce personne pourrait également être une solution.

Le questionnaire aurait pu être davantage détaillé avec notamment la demande de plus de renseignements sur le patient : son origine, la langue parlée, son niveau d'éducation scolaire...



Nom, prénom du candidat : CHENU LOBERT Coralie

CONCLUSIONS

Le diabète de type 2, problème majeur de santé publique en France et dans le monde, nécessite une prise en charge multiple et complexe. Le parcours de soins du patient diabétique est interprofessionnel et nécessite une prise en charge à différents niveaux par les équipes de soins primaires et hospitalières. Les soignants ont un rôle de dépistage, de prévention primaire, secondaire et tertiaire, et le traitement repose sur des règles hygiéno-diététiques et des traitements médicamenteux. L'éducation thérapeutique a une place primordiale dans la prise en charge du patient diabétique à tous les niveaux du parcours de soins. Les réseaux de soins permettent une prise en charge coordonnée des patients porteurs de pathologie chronique, permettant de consolider l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Le réseau ASALEE propose des consultations d'éducation thérapeutique et de coordination par des infirmières de santé publique pour accompagner le patient diabétique à prendre en charge sa pathologie, à en comprendre la physiopathologie et les thérapeutiques. La précarité semble être un facteur de risque de déséquilibre du diabète et de ses complications micro et macro vasculaires. L'enjeu de l'éducation thérapeutique auprès des patients les plus précaires est donc majeur. La prise en charge interprofessionnelle se développe et semble réduire les inégalités sociales de santé encore bien trop présente en France et serait une des solutions proposées afin de les réduire. L'objectif de cette étude était de chercher s'il existe une différence de participation aux consultations d'éducation thérapeutique selon le niveau de précarité des patients diabétiques de type 2. Le score EPICES a été réalisé pour chacun des patients ayant répondu au questionnaire distribué dans un cabinet médical situé en zone de forte précarité, et leur participation aux consultations a été vérifiée. Aucune différence de participation à ces consultations d'éducation thérapeutique n'a été trouvée, ni en termes d'efficacité sur les données biomédicales des patients entre patients diabétiques de type 2 précaire et non précaire. La sensibilisation du corps médical à la question de la précarité permet de limiter voire de faire disparaître les différences de prise en charge entre les différents niveaux de précarité des patients. Il existe de multiples barrières à la participation des patients précaires aux consultations d'éducation thérapeutique. Il existe la barrière linguistique et





culturelle et notamment la représentation de la maladie chronique telle que le diabète dans ces populations. Le patient a un ressenti et un vécu propre de sa maladie qui peut être différent de la représentation que s'en fait le corps médical. Cela peut induire un renoncement aux soins de cette catégorie de patient. Il est donc important de connaître et de s'intéresser à la précarité et aux représentations de la maladie chez ces patients afin d'améliorer leur prise en charge et de définir des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptés afin de réduire les inégalités sociales de santé. Il serait intéressant d'étendre l'étude à plusieurs cabinets, participant au réseau ASALEE, dans différentes zones géographiques représentant une zone de densité de patients précaires différents afin de vérifier s'il existe réellement une différence de participation selon le niveau de précarité des patients. Il serait également intéressant de réaliser une étude qualitative sur le vécu des patients mais aussi des médecins généralistes et infirmières ASALEE vis-à-vis de leur prise en charge en rapport avec la précarité, de demander aux professionnels de santé s'ils font une distinction dans la conduite de leur interrogatoire et examens selon le niveau de précarité des patients diabétique de type 2 ou présentant une autre pathologie chronique.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

P. Yvon 26/12/18

Vu :

**Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE

**Vu et permis d'imprimer
Lyon, le**

07 JAN. 2019

Bibliographie

1. HAS. Haute Autorité de Santé - Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. HAS. 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
2. OMS | Rapport mondial sur le diabète [Internet]. WHO. 2016. Disponible sur: <http://www.who.int/diabetes/global-report/fr/> et http://www.who.int/diabetes/country-profiles/fra_fr.pdf?ua=1
3. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. nov. 2010 ;12. [Internet]. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=102
4. Institut de Veille Sanitaire - Données épidémiologiques- Prévalence et incidence du diabète [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
5. Etude Entred 2007-2010 / Etudes Entred / Diabète / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. InVS. 2007. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010>
6. Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/synthese_guide_pds_diabete_t_2_web.pdf

7. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

8. Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation [Internet]. Saint-Denis : INPES ; 2010. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>

9. Lepard MG, Joseph AL, Agne AA, Cherrington AL. Diabetes Self-Management Interventions for Adults with Type 2 Diabetes Living in Rural Areas : A Systematic Literature Review. Curr Diab Rep. Juin 2015;15(6):608. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373659/>

10. Davies MJ, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018 Oct. 5. doi : 10.1007/s00125-018-4729-5 ; Diabetes Care. 2018 Oct. 4.

11. F. MIDY, Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, Bulletin d'information en économie de la santé n :65 de Mars 2003. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>

12. Rencontre HAS 2007, J. GAUTIER, Présentation ASALEE, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j._gautier.pdf <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po208.pdf>

13. Fosse S, InVS. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France [Internet]. Diabète Analytics. 2015. Disponible sur: https://www.diabeteanalytics.fr/-/media/EMS/Conditions/Diabetes/Brands/DiabeteAnalytics/PDF/Diapos_BEH_SH_Vfinale_20170103.pdf

14. Les chiffres du diabète en France [Internet]. Disponible sur : <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>

15. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. janv 2005;18. [Internet]. Disponible sur : http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_prekarite.pdf
16. INPES. La Santé de l'homme - n° 414 Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. Juillet-Août 2011. (414):52. [Internet]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>
17. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. 4 avr. 2006;(14/2006):4. [Internet]. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=2237
18. Commission on Social Determinants of Health. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé [Internet]. Genève: Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 [cité 4 déc. 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
19. Définition proposée par la banque de données en santé publique pour l'entrée « inéquité (en santé) » (cf. glossaire en ligne des termes de santé publique et de promotion de la santé : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>)
20. Haut Conseil de la Santé Publique – Rapport- Inégalité sociale de Santé : Sortir de la fatalité. Décembre 2009. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
21. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (PRAPS) [Internet]. janv., 2018. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_PRAPSProjet.pdf

22. BALISES Rhône-Alpes - Version 2 [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.balises-rhone-alpes.org/pages/obs_loc/interrogation.php
23. Rat C, Tudrej B. Encadrement règlementaire des recherches en médecine générale [Internet]. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2017. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/135/page/327/>
24. Recherches impliquant la personne humaine - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
25. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/index.html>
26. Jaffiol C. l'expansion des maladies métaboliques. Un challenge pour les centres d'examens de santé. 19 sept 2013;40. Disponible sur : <http://www.ipc.asso.fr/fichiers/pdf/pr-jaffiol-sante-precarite-conference-ipc-19-sept-2013.pdf>
27. Labbé É, Moulin JJ, Guegen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES | Cairn.info [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm>
28. Etude IFOP/Fondation PiLeJe. Démocratiser l'accès à la prévention [Internet]. 2015 oct. Disponible sur : <https://www.fondation-pileje.com/wp-content/uploads/2015/11/5-propositions-concretes.pdf>
29. Institut Pasteur de Lille, Fondation PiLeJe. Prévention et accompagnement à la santé : de la loi à l'action ! In Paris ; 9 Novembre 2016. Disponible sur : <https://www.education-preventionsante.fr/wp-content/uploads/2017/01/Dossier-Presse-Colloque-Complet-2016.pdf>
30. Fondation Decathlon [Internet]. Disponible sur : <https://www.fondationdecathlon.com>

31. L'Asthme d'Antoine le boulanger [Internet]. AG2R LA MONDIALE. 2014. Disponible sur : <https://www.ag2rlamondiale.fr/groupe/toutes-nos-actualites/le-film-l-asthme-d-antoine-le-boulangier-recompense>

32. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique – Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

33. Mousques J, Bourgueil Y. Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée -Daphnee [Internet]. IRDES. 2015. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf>

34. Porta-Renaud J. Quels sont les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 à un programme d'éducation thérapeutique à l'espace santé du pays de Remiremont ? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Lorraine - Faculté de médecine de Nancy ;2015. http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_T_2015_PORTA_RENAUD_JULIE.pdf

35. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. Med Care. 1995;33:407-416.

36. Besnier M. Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature [Internet] [Doctorat en médecine]. Paris Descartes ; 2008. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/these/besnier_2008.pdf

37. Odenore. Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale. Assemblée Nationale ; 2016 sept p. 158. [Internet]. Disponible sur : https://odenore.msh-alpes.fr/documents/ass_nat_pluricite_rapport_final_-_20161020_-_vf.pdf

38. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*. oct. 2011;(169) :1-7
39. Girard E. Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? *Rev Med Suisse* [Internet]. 2016;12(303-305). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-505/Les-representations-de-la-maladie-quele-demarche-utile-pour-le-clinicien>
40. Schäfer I, Küver C, Wiese B, Pawels M, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H. Identifying groups of non participants in type 2 diabetes mellitus education. *Am J Manag Care*. Juin 2013 ;19(6) :499-506.
41. Supper I, Bourgueil Y, Ecochard R, Letrilliart L. Impact of multimorbidity on healthcare professional task shifting potential in patients with type 2 diabetes in primary care: a French cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 22 nov. 2017;7(11). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719306/>
42. Carton M, Goldberg M. Rapport d'analyse de l'enquête sur les caractéristiques socioprofessionnelles des consultants des CES. Cetaf, juin 2002
43. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*. 2006;18(4):513. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2006/4/513_522.pdf

Annexe 1

----- Forwarded message -----
From: <valerie.plattner@chu-lyon.fr>
Date: ven. 20 oct. 2017 à 10:44
Subject: RE: avis CPP
To: <coralielobert@gmail.com>

Bonjour,

Comme discuté tout à l'heure, je vous confirme que les questions posées placent votre étude en dehors du champ de la loi Jardé. Aucun avis de CPP ne doit être demandé.

Vous devez cependant être conforme à la loi informatique et liberté. Je vous invite à contacter Madame Sophie LAHY à l'université. Ses coordonnées figurent en dessous du message.

Vous pourrez aussi lui poser la question de la soumission au comité d'éthique de l'université dans l'objectif d'une publication.

En restant à votre disposition si vous avez des questions complémentaires

Cordialement

Valérie Plattner

Sophie LAHY

Directrice - Direction des Affaires Juridiques et Institutionnelles (DAJI)

Correspondante Informatique et Libertés

Université Claude Bernard Lyon 1

MUDD - 43 bd du 11 novembre 1918

69622 Villeurbanne cedex

Tél : 04 72 43 29 89

sophie.lahy@univ-lyon1.fr

Annexe 2

Bonjour,

Nous réalisons une étude sur le diabète de type 2 et le recours à ASALEE avec votre infirmière. Cette étude sera anonymisée et votre nom n'apparaîtra pas dans les résultats.

Acceptez-vous que nous accédions à votre dossier médical pour étudier les paramètres médicaux de votre diabète ?

OUI

NON

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

- 1) Vous a -t-on proposé de participer à une consultation avec une Infirmière du réseau ASALEE (pour mieux connaître votre diabète, le traitement...) :

OUI

NON

- 2) Avez-vous accepté de participer à une consultation ASALEE ?

OUI

NON

Les Questions du score EPICES :

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur...) ? | OUI | NON |
| 2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? | OUI | NON |
| 3) Vivez-vous en couple ? | OUI | NON |
| 4) Êtes-vous propriétaire de votre logement ? | OUI | NON |
| 5) Est-ce qu'il y a des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (logement, alimentation...) | OUI | NON |
| 6) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | OUI | NON |
| 7) Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? | OUI | NON |
| 8) Êtes-vous partie en vacances au cours des 12 derniers mois ? | OUI | NON |
| 9) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autre que vos parents ou vos enfants ? | OUI | NON |
| 10) En cas de difficultés, est-ce qu'il y a dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de difficultés ? | OUI | NON |
| 11) En cas de difficultés, est-ce qu'il y a dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? | OUI | NON |

Merci pour votre participation



CHENU LOBERT Coralie - Participation des patients diabétiques de type 2 aux consultations ASALEE selon leur niveau de précarité

RESUME

INTRODUCTION-METHODE

L'éducation thérapeutique a une place primordiale dans la prise en charge du patient diabétique. Les patients les plus précaires sont les plus déséquilibrés et présentent le plus de complications donc il s'agit d'une population cible de ce type d'intervention en santé. Les réseaux de soins permettent une prise en charge idéal des patients porteurs de pathologie chronique grâce au transfert de tâche entre les différents professionnels de santé. Le réseau ASALEE, par ses consultations d'éducation thérapeutique, aide le patient diabétique à prendre en charge sa pathologie, à en comprendre les différents aspects et à comprendre ses thérapeutiques. Cette étude monocentrique prospective a été réalisé entre le 30 Juillet 2017 et le 18 Février 2018 dans un cabinet médical à Vénissieux. Un questionnaire a été distribué aux patients diabétiques de type 2 afin de déterminer leur niveau de précarité individuel par le score EPICES et leur participation aux consultations ASALEE.

RESULTAT- Aucune différence de participation à ces consultations d'éducation thérapeutique n'a été trouvé, ni en termes d'efficacité sur les données biomédicales des patients entre les patients diabétiques de type 2 précaire et non précaire.

CONCLUSION- Il serait intéressant d'étendre l'étude à plusieurs cabinets, participant au réseau ASALEE, dans différentes zone géographiques représentant une zone de densité de patients précaires différents afin de vérifier s'il existe réellement une différence de participation selon le niveau de précarité des patients.

MOTS CLES

- Diabète
- Précarité
- Education thérapeutique
- EPICES
- ASALEE

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Membres :	Madame le Professeur Martine LAVILLE
	Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ
	Madame le Docteur Sofia PERROTIN

DATE DE SOUTENANCE	Jeudi 24 Janvier 2019
---------------------------	-----------------------

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR	29 chemin de Champagne 38270 JARCIEU
------------------------------------	---

VOTRE EMAIL	coralielobert@gmail.com
--------------------	-------------------------