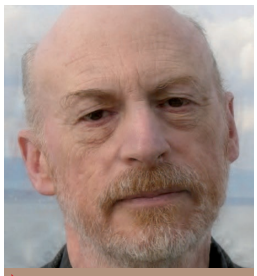
PARCOURS DE SOINS

Dossier coordonné par Brigitte Némirovsky



DR

Conseiller scientifique

Dr Michel Varroud-Vial,
Haute Autorité de santé

Diabète de type 2

Promouvoir le suivi personnalisé par une équipe pluriprofessionnelle de santé primaire

000. Trois compétences pour tenir sur un long parcours
Dr Michel Varroud-Vial

étape 1

000. Dépistage : ciblé et nécessairement suivi d'une prise en charge
Dr Gilles Le Pape

000. Éducation à l'activité physique : des relais de proximité champardennais et picards
Dr Jean-Luc Grillon, Dr Karim Belaïd, Véronica Anglade

étape 2

000. Évaluer la situation globale de chaque patient, prévenir ses risques prioritaires
Dr Didier Duhot, Dr Luc Martinez

Asalée : un continuum de soins, du dépistage au suivi.
Interview du Dr Jean Gautier

suite 3

000. ESPREC : trois acteurs de proximité pour un suivi renforcé des cas complexes
Dr Pierre de Haas

000. Partage des compétences et formation continue vs complications
Dr Olivier Dupuy, Pr Lyse Bordier

000. Recourir aux centres du pied : un réflexe à acquérir
Interview du Dr Clélia Debure

Diversifier les modèles d'organisation des soins
Interview du Pr Serge Halimi

Trois compétences pour tenir sur un long parcours

Dr Michel Varroud-Vial (m.varroudvial@has-sante.fr), chef du service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades. HAS

La Haute Autorité de santé (HAS) définit les parcours comme « *la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées, en lieu et place d'une juxtaposition d'épisodes de soins sans lien* ». Ce dossier du Concours médical s'intéresse au parcours des patients diabétiques de type 2, avant le traitement par insuline qui a déjà été abordé en 2012[1].

Ce parcours a pour particularité de réunir le patient et les professionnels de santé pendant de nombreuses années (cf. l'article de Didier Duhot et Luc Martinez, p. xx). Tout au long de ces années, les professionnels de santé et en premier lieu les médecins généralistes doivent mobiliser trois sortes de compétences essentielles.

Aider les patients à prendre en charge leur maladie est la condition du succès dans le contexte d'une maladie où le résultat des traitements dépend principalement du comportement des patients. Accompagner les patients implique de les écouter, de leur donner la possibilité de poser des questions et de prendre en compte leurs préférences, jusqu'à partager avec eux les décisions thérapeutiques. Une telle volonté de partage est d'autant plus indispensable que toutes les recommandations insistent sur la personnalisation du traitement, en rompant avec la logique de « l'empilement thérapeutique » qui avait prévalu au début des années 2000. De fait, l'éducation thérapeutique, dont le diabète a été le premier objet, devient incontournable. Mais faute d'un modèle pédagogique et économique adapté aux soins ambulatoires, l'ETP tarde à se développer alors qu'il faudrait la sortir de l'hôpital (cf. l'interview de Serge Halimi, p. xx). Ce constat invite à innover vers une *activité éducative ciblée* permettant aux patients diabétiques d'acquérir dans leur environnement de soins habituel les compétences qui sont en lien direct avec les problèmes auxquels ils doivent faire face. En cela, le dispositif Asalée (voir interview de Jean Gautier, p. xx) est contributif.

Travailler en équipe, car la littérature[2] aussi bien que les retours d'expérience nous enseignent qu'il s'agit là de la meilleure façon d'améliorer le contrôle de la glycémie et des facteurs de risque cardiovasculaire associés. Ce travail en équipe de santé primaire, réunissant médecin généraliste, infirmière et pharmacien, est la base du programme ESPREC (Équipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe) approuvé par la HAS en 2012 et présenté par l'article de Pierre de Haas (p. xx). Ce mode d'exercice nécessite de connaître ses propres compétences et de reconnaître celles des autres professionnels (diabétologues, paramédicaux, pharmaciens, travailleurs sociaux…) pour y avoir recours en temps utile. Et cette équipe s'étend aux acteurs du « sport santé » dont les initiatives apportent une réponse concrète aux recommandations de fonder aussi le traitement du diabète sur l'activité physique (cf. article de Jean-Luc Grillon, p. xx).

Choisir le meilleur parcours au moindre coût est impératif compte tenu du poids croissant du diabète dans les dépenses de santé : il faut éviter les actions inutiles (comme un dépistage non suivi d'une prise en charge, cf. l'article de Gilles Le Pape, p. xx), les doublons. Il faut aussi substituer, chaque fois que possible, les activités hospitalières par des activités ambulatoires en s'assurant d'une qualité et de sécurité équivalente. Ce qui renvoie à nouveau vers la nécessité de développer les protocoles, la concertation et le suivi pluriprofessionnels en soins ambulatoires. La prévention de la réhospitalisation des patients diabétiques ayant des lésions des pieds en est une illustration (cf. l'article d'Olivier Dupuy et Lyse Bordier, p. xx).

Le parcours des diabétiques de type 2 est plus que jamais un modèle en termes de compétences, d'organisation du dispositif de santé et de recherche de l'efficience. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Le diabète de type 2 traité par insuline. Le Concours médical 2012;134(6):439-59.
2. Trico AC, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2012;379:2252-61.

étape 1

Dépistage : ciblé et nécessairement suivi d'une prise en charge

Dr Gilles Le Pape (gilles.le.pape@live.fr), médecin généraliste, Grigny

Le dépistage du diabète n'a de sens que s'il est suivi d'une prise en charge : sa réalisation doit s'inscrire dans une continuité, depuis le dépistage jusqu'à la confirmation du diagnostic, puis la prise en charge du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Le diabète est en forte progression en France comme dans tous les pays développés. En 2011 la prévalence du diabète traité par médicament a été estimée à 4,7 % des bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie, soit 2,8 millions de personnes traitées. Après 65 ans, cette prévalence est de 16 %[1]. Il faut ajouter à cela les personnes diabétiques traitées par régime seul. Le diabète de type 2, qui représente 92 % des diabétiques traités, se développe progressivement et de façon asymptomatique. Ceci peut entraîner un retard au diagnostic, et certaines personnes peuvent déjà avoir des complications lors du diagnostic, comme une rétinopathie ou un syndrome coronaire aigu. Le dépistage du diabète répond donc un double objectif :

– diagnostiquer les personnes diabétiques le plus tôt possible afin de les traiter précocement : on peut estimer le nombre de diabétiques français non diagnostiqués à environ 1 % de la population entre 18 et 74 ans, ce qui est relativement moins que dans les autres pays européens[2] ;

– identifier les personnes non encore diabétiques mais à risque élevé de le devenir : le fait d'avoir une « hyperglycémie modérée à jeun » (entre 1 et 1,25 g/L) est dans un continuum avec le diabète et signale un risque de diabète multiplié par 5 à 6 mais aussi un risque cardiovasculaire accru[3]. L'enjeu est de retarder l'apparition du diabète et de prendre en charge les facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Qui et comment dépister ?

En France, l'ANAES (devenue HAS) recommandait en 2003 un dépistage opportuniste d'une population ciblée (encadré 1) à partir de 45 ans, fondé sur le dosage de la glycémie veineuse à jeun ; en cas de résultat négatif, ce test est à renouveler tous les trois ans ou tous les ans pour les sujets ayant une hyperglycémie modérée à jeun.

1. Dépistage opportuniste d'une population ciblée (ANAES, principe de dépistage du diabète de type 2, février 2003)

Sujets de plus de 45 ans ayant au moins un des marqueurs de risque suivants (en plus de l'âge) :

- origine non caucasienne et/ou migrant ;
- indice de masse corporelle (IMC) ≥ 28 kg/m² ;
- hypertension artérielle : PAS ≥ 140 mm Hg ou PAD ≥ 90 mmHg ou HTA traitée ;
- HDL c ≤ 0,35g/L (0,9 mmol/L) ou triglycérides ≥ 2 g/L (2,3 mmol/L) ou dyslipidémie traitée ;
- antécédents de diabète temporairement induit (consensus d'experts) ;
- antécédent de diabète gestationnel ou d'enfants de poids de naissance > 4 kg ;
- antécédent de diabète familial au premier degré.

Tableau. Score prédictif de diabète à 9 ans (étude DESIR, 2009)

Variable clinique	Homme	Femme
Tour de taille		
70-79 cm	0	0
89-89 cm	1	1
90-99 cm	2	2
≥ 100 cm	3	3
Fumeur	1	0
Antécédent familial de diabète	0	1
Hypertension artérielle	1	1
Score clinique	**de 0 à 5**	**de 0 à 5**

Un dépistage simultané du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire est recommandé[4].

L'étude DESIR (Données épidémiologiques sur le syndrome d'insulinorésistance)[5] a montré qu'entre 30 et 64 ans, l'adiposité centrale est la variable clinique la plus prédictive du diabète. En ajoutant hypertension artérielle (HTA) et tabagisme chez l'homme, HTA et antécédents familiaux de diabète chez la femme, un score clinique à 4 variables a été validé (tableau, p. X). Ce score peut être d'un usage très pratique pour orienter le dépistage du diabète par le médecin généraliste, à partir des données recueillies sur son ordinateur : un score supérieur à 3 a une valeur prédictive positive de diabète à 9 ans de 21 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes.

Dépistage populationnel ou dépistage opportuniste ciblé ?

En 2012, la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*[6] concluait qu'il n'existait pas de preuve du bénéfice du dépistage pour réduire le risque de survenue du diabète, et que des preuves de faible niveau suggéraient que sa pratique réduisait les risques d'infarctus du myocarde, de complications microvasculaires et de mortalité, mais seulement chez les patients à haut ou à très haut risque de diabète. Elle recommandait l'utilisation de scores validés pour sélectionner les patients justifiant un dépistage, comme le score FINDRISC (figure). Un dépistage tous les trois à cinq ans était préconisé pour les sujets à haut risque (score ≥ 15 points) et tous les ans pour les sujets à très haut risque (score ≥ 20 points). Le test proposé pour le dépistage est le dosage de l'HbA1c (encadré 2), le dosage de la glycémie à jeun constituant une alternative acceptable.

En 2013, le *National Health Service* au Royaume-Uni a réévalué l'intérêt du dépistage du diabète de type 2 et a pointé l'absence de bénéfices démontrés, tant sur la qualité de la prise en charge ultérieure que sur le pronostic cardiovasculaire[7]. Ce rapport confirme l'absence d'intérêt du dépistage populationnel et se prononce pour un dépistage opportuniste ciblé par les médecins généralistes ou par l'utilisation de questionnaires validés.

Qui doit réaliser le dépistage ?

Le dépistage relève avant tout du médecin traitant ; il peut facilement identifier le niveau et les facteurs de risque de diabète et réaliser le dépistage ciblé recommandé, puis le faire suivre d'une prise en charge en cas de diagnostic positif ou d'une prévention en cas de glycémie à jeun modérément élevée.

Cependant le dépistage, voire le diagnostic, peut être réalisé dans d'autres circonstances. Des dosages de la glycémie sont pratiqués dans diverses occasions (intervention chirurgicale, bilan demandé par un spécialiste, particulièrement chez les femmes…). Mais alors même que les résultats sont anormaux (entre 1 et 1,25 g/L), ou même suggèrent l'existence d'un diabète méconnu (≥ 1,26 g/L à jeun ou ≥ 2 g/L), souvent aucune mesure n'est prise. Ces glycémies doivent être systématiquement communiquées au médecin traitant pour qu'il puisse y donner suite.

Des actions de dépistage communautaire peuvent également être entreprises par des pharmaciens des réseaux de santé ou des associations. Cependant, compte tenu de la prévalence relativement faible du diabète méconnu en France, il paraît raisonnable de cibler ces actions en direction des populations présentant un risque élevé de diabète doublé de problèmes fréquents d'accès aux soins (non caucasiens, précarité) et de les fonder principalement sur l'utilisation de questionnaires validés comme le FINDRISC. Ces questionnaires permettent de sensibiliser les personnes sur leurs risques et de sélectionner les personnes à haut et à très haut risque. Ces personnes doivent rapidement bénéficier d'un test diagnostique par dosage de la glycémie à jeun, grâce à une coordination avec les équipes médicales exerçant dans l'environnement.

2. HbA1c *versus* glycémie à jeun

La question du dépistage par l'HbA1c a été posée dans de nombreuses études. Certaines études suggèrent que ce dosage est plus spécifique que celui de la glycémie à jeun et qu'il est meilleur prédicteur de maladies cardiovasculaires[7]. Il a l'avantage de pouvoir être réalisé même si la personne n'est pas à jeun. Un seuil de 6,5 % a été admis au Royaume-Uni comme seuil diagnostique du diabète chez des adultes (dehors de la grossesse), un taux entre 6 % et 6,4 % traduisant un haut risque de diabète[8]. Cependant le dosage de l'HbA1c est plus coûteux que celui de la glycémie à jeun et il manque probablement de sensibilité par rapport à ce dosage, en exposant à de nombreux faux négatifs liés à des facteurs ethniques, à des hémoglobinopathies ou à des pathologies intercurrentes[9]. Pour avoir une sensibilité diagnostique optimale, il devrait être fréquemment couplé à un dosage de la glycémie à jeun[10], ce qui augmenterait encore le coût du dépistage. En France, le dépistage et le diagnostic de diabète par l'HbA1c n'est pas recommandé.

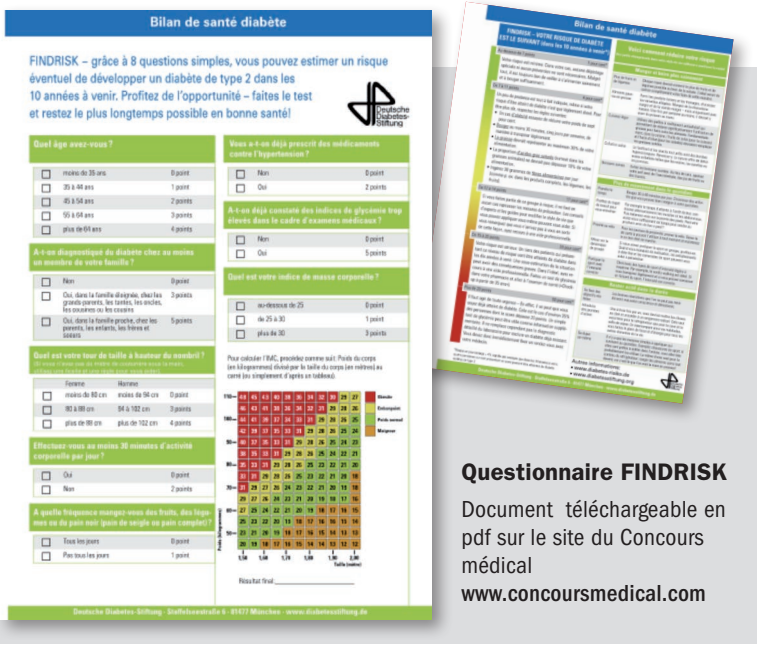
Que faire en cas de glycémie à jeun modérément élevée ?

De nombreuses études ont montré que le changement de mode de vie incluant une activité physique régulière (150 minutes par semaine d'activité physique aérobie modérée à intense) et la réduction de la consommation alimentaire de graisses retardaient la survenue d'un diabète de type 2 de 58 % chez les patients ayant une intolérance au glucose ou une hyperglycémie à jeun[11]. La Société française du diabète (SFD) recommande également 150 minutes d'activité par semaine associant exercices d'endurance et de résistance[12].

Les recommandations internationales et françaises insistent donc sur la nécessité d'accompagner les patients vers un changement de comportement, en mettant en avant une activité physique régulière. Cependant, il existe de nombreuses résistances à la mise en place de ces mesures : réticence des médecins pas ou peu formés à la prescription de l'activité physique, résistance des patients avec en premier lieu l'évocation d'un manque de temps, résistance également de la société qui ne développe pas suffisamment de lieux adaptés et ne forme pas assez de personnels qualifiés pour accompagner et guider cette activité physique « préventive » ; car, pour être efficaces, ces mesures nécessitent un accompagnement personnalisé. Il est souhaitable de promouvoir des programmes régionaux et locaux, dans lesquels les associations et les réseaux de santé diabète peuvent jouer un rôle important en organisant des ateliers « d'activité physique adaptée » animés par des éducateurs sportifs.

Que faire dans le cas d'un patient diagnostiqué diabétique de type 2

Les personnes dépistées comme atteintes de diabète sont à haut risque de complications cardiovasculaires. La prévention de ces complications constitue un enjeu majeur de la prise en charge qui doit suivre le dépistage. Cependant, plusieurs études contrôlées n'ont pas montré de bénéfice sur la morbimortalité cardiovasculaire à long terme de personnes dont le diabète a été diagnostiqué suite à un dépistage ou qui ont bénéficié d'une approche hygiéno-diététique intensive visant à une perte de poids[7,14]. Il est donc indispensable d'associer le traitement et le contrôle précoces des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables à la mise en place des mesures hygiéno-diététiques. •



Questionnaire FINDRISK

Document téléchargeable en pdf sur le site du Concours médical
www.concoursmedical.com

L'auteur déclare participer ou avoir participé à des conférences pour Lilly, MSD, Novartis, Roche, sanofi-aventis, et avoir été pris en charge par sanofi-aventis (transport, hôtel, repas), à l'occasion d'un congrès.

1. Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés. Rapport charges et produits 2013-2014.
2. Bonaldi C et al. A first prevalence estimation of diagnosed and undiagnosed diabetes in France in 18 to 74 year-old individuals: the French Nutrition and Health Survey 2006/2007. Diabet Med-2011 May:28(5) 583-9.
3. American College of endocrinology consensus statement on the diagnosis and and management of pre-diabetes in the continuum of hyperglycemia. When do the risks of diabetes begin? Endocrine Practice 2008;14 :933-47. https://www.aace.com/files/prediabetesconsensus.pdf
4. ANAES. Principes de dépistage du diabète de type 2. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_rap_2003.pdf
5. Vol S, Balkau B, Lange C et al. Un score prédictif du diabète de type 2 en France: l'étude prospective D.E.S.I.R. BEH 2009;9:81-4.
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommandations on screening for types 2 diabetes adults. CMAJ;2012;15:184.
7. Waugh N et al. Screening for type 2 diabetes: a short report for the National Screening Committee. Health Technol Assess 2013;35:1-90.
8. Buell C, Kermah D, Davidson M. Utility of A1c for diabetes screening in the 1999-2004 NHANES population. Diabetes Care 2007;30:2233-35.
9. Nice public health guidance 38. Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk 2012. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13791/59951/59951.pdf
10. Malkani S, Morde JP. The implications of using Hemoglobin A1C for diagnosing Diabetes Mellitus. Am J Med. 2011;124(5):395-401.
11. Fonseca VA et al. The American Diabetes Association Diabetes Research Perspective. Diabetes Care 2012.35:1380-7.
12. Duclos M. and al. Physical activity and type 2 diabetes. Recommendations of the SFD (Francophone Diabetes Society) diabetes and physical activity working group. Diabetes and Metabolism 2013;39:205-16.
13. Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med 2013;369(2):145-54

étape 1

Éducation à l'activité physique : des relais de proximité champardennais et picards

Dr Jean-Luc Grillon (jean-luc.grillon@drjscs.gouv.fr), médecin du sport, médecin conseiller du directeur régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale de Champagne-Ardenne, vice-président de la Société française Sport Santé
Dr Karim Belaïd, médecin généraliste, médecin du sport, coordinateur du réseau Adiammo, correspondant du réseau « Picardie en forme », secrétaire général de la Société française Sport Santé
Véronica Anglade, infirmière diplômée d'éducation thérapeutique, coordinatrice du réseau Adiammo, correspondante du réseau « Picardie en forme », secrétaire générale de l'Ancred

La preuve des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé des patients diabétiques de type 2 n'est plus à faire, et les mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent ces effets bénéfiques sont connus[1,2,3]. Cependant, cette thérapeutique non médicamenteuse n'est pas assez utilisée en France en raison, d'une part, d'un taux élevé de sédentarité chez les patients diabétiques de type 2 et, d'autre part, d'un accès limité à la pratique de l'activité physique, notamment par insuffisance de dispositifs coordonnés de prise en charge[4].

Dans les autres pathologies chroniques que le diabète de type 2 (cardiaques ou respiratoires), les programmes de rééducation ont également montré leur grande efficacité, mais, en l'absence ou du fait de l'insuffisance de relais d'activité physique de proximité, les acquis ne persistent pas au-delà de deux à trois mois.

L'instruction adressée le 24 décembre 2012 par les ministres chargés de la Santé et des Sports aux agences régionales de santé (ARS) et aux Directions régionales jeunesse, sport et cohésion sociale (DRJSCS), demandant la mise en place d'un plan régional sport-santé bien-être, va permettre d'articuler les programmes d'éducation thérapeutique du patient avec les offres d'activités physiques ou sportives de proximité. Le déploiement d'un opérateur régional, appelé réseau sport-santé, dont la forme s'adapte aux acteurs de chaque région, permet cette articulation.

1. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé[7]

Pour les personnes de 18 à 64 ans : 150 à 300 minutes par semaine d'activité physique d'endurance d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente des deux. Par périodes de 10 minutes au moins, avec une activité de renforcement musculaire 2 fois par semaine.

Pour les personnes de plus de 64 ans : les mêmes recommandations que pour les 18-64 ans, avec en plus des activités d'amélioration de l'équilibre et de prévention des chutes chez les personnes à mobilité réduite 3 fois par semaine.

Si les recommandations ne peuvent être atteintes, il faut que les personnes soient aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Une activité physique modérée et une activité physique soutenue correspondent respectivement à une activité pratiquée avec une intensité de 5 à 6 et de 7 à 8 sur une échelle de 0 à 10 de capacité personnelle.

Les dispositifs « sport-santé bien-être » en Champagne-Ardenne et en Picardie

En Champagne-Ardenne, le réseau sport-santé bien-être est porté principalement par le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML) et le Comité régional olympique et sportif (CROS).

Ce réseau participe aux comités de pilotage stratégique et technique du plan régional sport-santé bien-être. Il répond au cahier des charges des réseaux de santé (loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Il a acquis une base de données sécurisée, travaille dans les mêmes locaux et partage des personnels avec les autres réseaux de santé de la région (diabète, addiction, cancer, gérontologie, périnatalité, soins palliatifs).

Deux cent trente et un professionnels de santé ont été formés sur deux thèmes : « comment motiver mon patient à refaire de l'activité physique » et « comment engager mon patient dans un parcours sport-santé ». Une fiche « éducation sport-santé » pour les éducateurs médico-

sportifs (encore appelés enseignants en activité physique adaptée-santé [EAPA-santé]) a été réalisée avec le réseau régional diabète et mise en ligne sur Ornicare (système d'information partagé des réseaux de santé).

Au cours de l'année 2012, les parcours sport-santé sont rendus opérationnels dans cinq grandes villes de la région (Reims, Chaumont, Châlons-en-Champagne, Charleville-Mézières, Épernay) ; 148 bilans médico-sportifs ont été réalisés par les EAPA-S (110 femmes et 38 hommes, 45 auprès de patients atteints de diabète de type 2).

Entre 2011 et 2012, 341 patients ont été suivis en prévention tertiaire et 700 personnes ont été prises en charge dans ces parcours en prévention secondaire.

En Picardie, le réseau sport-santé bien-être « Picardie en forme » est opérationnel depuis janvier 2012, dans une première phase expérimentale de deux ans, limitée à cinq territoires.

Il est co-porté par le Comité régional olympique et sportif et la DRJSCS de Picardie, avec le partenariat de l'ARS, du conseil régional, du réseau Educapic réunissant les pôles de prévention et d'éducation thérapeutique, de l'URPS ML, du CISS et de l'Instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS).

Ce réseau régional fédère les acteurs des différents champs sportif et médical, et s'adresse aux usagers, aux professionnels de santé et aux associations sportives. Dans chaque territoire, le réseau s'appuie sur des correspondants locaux : pour le territoire de Château-Thierry (agglomération de 30 000 habitants), il s'agit du réseau diabète Adiammo. Cette structure propose aux patients des parcours sport-santé en les coordonnant avec l'ensemble du parcours d'éducation thérapeutique. Un partenariat avec l'association locale de patients (AFD) et l'office municipal des sports renforce ce dispositif.

Sur ce territoire, 86 patients ont participé au programme entre mai 2012 et juin 2013 (55 % de femmes et 45 % d'hommes, dont 78 % de patients atteints de diabète de type 2), 11 patients (13 %) ont abandonné la pratique lors de la première phase du parcours. Parmi les 75 patients actifs à l'issue de celle-ci (87 %), 15 patients (28 %) ont poursuivi la pratique en association sport-santé, 19 patients (36 %) ont engagé une pratique autonome et 19 patients (36 %) n'ont pas pérennisé la pratique.

Le parcours sport-santé : une mise en mouvement personnalisée

Il s'agit d'un parcours de prévention autour du projet personnalisé d'activité physique. Il vise, par un accompagnement éducatif et motivationnel personnalisé[5, 6], à rapprocher la pratique physique de l'usager insuffisamment actif des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (encadré 1).

2. Les composantes du bilan éducatif partagé (BEP)

Évaluation du niveau d'activité physique
Questionnaire de Ricci et Gagnon qui quantifie l'activité physique quotidienne, professionnelle et de loisirs. Un podomètre peut aussi être utilisé.

Évaluation de la motivation
Questionnaire de Prochaska-Di Clemente modifié
Facteurs freinant et favorisant la pratique

Évaluation de la qualité de vie
Questionnaire SF36.

Évaluation des capacités physiques
Test de marche de 6 minutes, test de tonicité (test de la chaise), test de souplesse

3. Orientation graduée des prises en charge

- Orientation vers des ateliers d'éducation thérapeutique en cas de motivation insuffisante.
- Afin de préparer l'intégration au sein d'un club sport-santé labellisé, orientation vers :

- un cycle ETP/APA de 2 à 3 mois en milieu médicalisé (réseaux diabète, UTEP), animés par des EAPA-S ;

- ou vers un stage passerelle encadré par des éducateurs sportifs et des professionnels de santé (exemple : stages sportifs fédérés par l'Union sports et diabète*).

Critères d'inclusion : patients ayant une capacité physique insuffisante ou une connaissance insuffisante de leur pathologie et des traitements pour permettre une pratique en sécurité.

Objectifs : contrôler et maîtriser les paramètres d'activité physique (fréquence/intensité avec le cardiofréquence-mètre et l'échelle de Borg/Durée) et apprendre à adapter celle-ci à son état de santé (appareils cardiorespiratoire et neurolocomoteur), aux thérapeutiques prises et aux situations particulières (déséquilibre glycémique, neuropathie, rétinopathie).

- Orientation directement vers un club sport-santé labellisé**

Critères d'inclusion : patients ayant une capacité physique suffisante et une connaissance de leur pathologie et des traitements permettant une pratique en sécurité.

Objectifs : acquérir, en 1 an en moyenne (de 3 mois à 2 ans), une autonomie permettant, par une pratique d'intensité très progressive, de rejoindre une offre sportive de loisir en association ou de pratiquer en autonomie.

* Cette association qui regroupe des personnes diabétiques et des professionnels de santé propose une réflexion sur la pratique des activités physiques et sportives chez les personnes diabétiques et fait la promotion des stages et des événements sport-santé se déroulant sur le territoire.

** Critères de labellisation d'un club sport-santé : formation complémentaire de l'éducateur sportif, groupes de 12 personnes au maximum, adaptation de la pratique.
Exemples : programmes rando-santé de la FFRP, Actimarche de la FFEPGV, Diabétaction de la FFEPMM, Athlé-santé de la FFA, Nagez-Forme-Santé de la FFN…

Le réseau régional «Picardie en forme», partenaire du réseau diabère Adiammo fédère les acteurs des champs sportif et médical.

Le parcours sport-santé est composé de différentes étapes qui permettent de l'adapter à n'importe quelle pathologie et sur tous les territoires. Il est déclenché par le patient à la suite d'un entretien motivationnel avec le médecin traitant.

Étape 1 : bilan initial

• Sécurisation de la pratique

Un certificat de non-contre-indication à la pratique des activités physiques adaptées est délivré par le médecin traitant avec, si besoin, l'appui du cardiologue ou du médecin du sport. C'est une condition indispensable pour accéder au parcours sport-santé.

• Bilan éducatif partagé (encadré 2, p. X)

Ce moment de communication privilégié entre le patient et un professionnel de l'éducation thérapeutique permet au patient de verbaliser ses attentes, d'identifier ses besoins et d'analyser les facteurs qui influencent ses comportements en santé.

Le parcours sport-santé, média d'accès à l'éducation thérapeutique

Dans le parcours sport-santé, le bilan éducatif partagé (BEP) est orienté sur l'activité physique et offre ainsi un nouveau sens de communication travaillant transversalement entre les différents professionnels sur le parcours de soins centré sur l'usager. Il est réalisé par un enseignant en activité physique adaptée et santé (EAPA-S) sur délégation du médecin[8] ou par le médecin lui-même.

Au terme de cette première étape, un livret de liaison est remis au patient. Ce document est à la fois un support pédagogique et un outil de communication avec les professionnels intervenant dans son parcours. Il est composé d'éléments synthétiques personnalisés (validés par le patient) comme la synthèse du BEP, le parcours sport-santé détaillé, le certificat médical d'inaptitude partielle ou de non-contre-indication à la pratique physique ou sportive.

Étape 2 : accompagnement éducatif et motivationnel à la pratique des activités physiques

Cet accompagnement est adapté aux résultats du bilan, avec une orientation graduée des prises en charge (encadré 3).

Étape 3 : relais en club proposant une offre sportive de loisirs ou pratique autonome

Un suivi est nécessaire tout au long du parcours, avec des échanges entre le patient, l'animateur sportif et le médecin, notamment à l'aide des informations portées dans le livret de liaison. Ce suivi vise à réajuster, si besoin, la pratique ou les objectifs de celle-ci, à dépister les ruptures de parcours, en particulier lors des passages d'une structure à l'autre, et à envisager les solutions pour une pratique pérenne.

Le réseau sport-santé, opérateur transposable et adaptable à chaque région

Le parcours sport-santé est un média remarquable d'accès à l'éducation thérapeutique du patient, y compris dans ses composantes environnementale, alimentaire, médicamenteuse, de connaissance de la pathologie, de gestion des risques mais aussi de lien social. Cette mise en mouvement personnalisée permet de renforcer les compétences d'auto-soin, psychosociales et les compétences d'adaptation. Cette pratique permet également aux patients en rupture des structures éducatives et de soins de reprendre un parcours de soins sous une approche différente et de rester acteur de son bien-être.

L'éducation à l'activité physique avec relais de proximité est donc possible pour les patients atteints de diabète de type 2 grâce au parcours sport-santé. L'accès à ce parcours est facilité par le réseau sport-santé, opérateur transposable, sous une forme adaptée, dans chaque région.

Le déploiement du dispositif dépend à la fois de la bonne coordination des actions et programmes mis en place, et de l'investissement des patients et de l'ensemble des acteurs.

Nous avons souhaité présenter quelques cas démonstratifs (encadré 4, tableau 2), qui illustrent la richesse des possibilités offertes par le parcours sport-santé et les difficultés rencontrées. Les différences de paramètres recueillis ne nuisent pas à l'objectif général poursuivi, qui est d'éduquer à l'activité physique et de pérenniser la pratique. Ces dispositifs permettent d'agir à la fois sur l'amélioration de la condition physique, sur l'équilibre du diabète, sur la prévention des complications, sur la qualité de vie mais aussi sur le coût des traitements. •

Jean-Luc Grillon déclare avoir participé à une intervention pour l'entreprise Sanofi lors du forum de santé publique 2013 et avoir été pris en charge pris en charge (hôtel) par cette entreprise, à l'occasion du déplacement pour cette intervention.
Karim Belaïd, Véronica Anglade...

4. Exemples de parcours sport-santé dans la région Picardie (parcours Château-Thierry)

Femme 62 ans

- Cycle ETP-APA de 8 semaines. Participation à 2 séjours sport-santé au Puy-en-Velay en Champagne-Ardenne.
- Relais sport/santé en club labellisé : basketball 1h30/semaine.
- Pratique individuelle : marche avec groupe d'amis 2h 3/semaine, marche avec l'AFD 1/mois.
- Test de marche de 6 min : T0 475 m ; T2 578 m
- Poids/HbA1C: mai 2012 : 93 kg/7,9 % ; mai 2013 : 82 kg/6,4 %
- Économie sur le coût du traitement : 1469,1 €/an.
- T0 exénatide 2x/j + metformine 1 000 mg 3/j + répaglinide 1 mg 1/j ; T12 metformine 850 mg 3/j.
- Arrêt exénatide (109,74 x 12 mois = 1 316,88 €) ; arrêt répaglinide (8,82 x 4 boîtes = 35,28 €) ; remplacement de metformine 1 000 (10,29 €) par metformine 850 (9,69 €) soit 7,20 €/an d'économie.

Témoignage : *« Je me sens vraiment mieux depuis que je fais du sport. J'ai retrouvé une dignité et une joie de vivre. Je rencontre beaucoup de personnes et cela me fait vraiment du bien. »*

Femme 63 ans

- Cycle ETP-APA : test APA en mai 2013 ; stage passerelle de 2 mois avec ETP en mai 2013 ; test APA juin 2013.
- Relais sport/santé : pas d'inscription en club labellisé.
- Pratique individuelle : 30 min de vélo d'appartement/j.
- Test de marche de 6 min : T0 120 m ; T2 230 m.
- Poids/HbA1C : mai 2012 : 134,6 kg/7,9 % ; mai 2013 : 123kg/7,1 %.
- Économie sur le coût du traitement : 2 046,24 €/an.

Insuline asparte: diminution des doses de 56 UI 3/j à T0 à 28 UI 3/j à T 12, soit 84 UI/j soit 8,4 stylos/mois, à 8,17 €/stylo soit 68,6 €/mois. Insuline glargine : diminution des doses de 112 UI à T0 à 32 UI à T 12, soit 80 unités/j soit 8 stylos/mois, à 12,74 €/stylo soit 101,92 €/mois. Total : 170,52 €/ mois.

Témoignage : *« Je retrouve un dynamisme et une autonomie. Je peux réaliser des gestes de la vie quotidienne avec plus de facilité et je réalise des tâches ménagères avec un grand plaisir. J'ai encore besoin de repères diététiques et d'accompagnement pour maintenir mes changements de comportements qui sont encore très fragiles. »*

Homme 57 ans

- Cycle ETP-APA : test APA en mai 2012 ; stage passerelle de 2 mois avec ETP de mai à juin 2012 ; tests APA juin 2012.
- Relais sport/santé : pas d'inscription en club labellisé.
- Pratique individuelle : marche et randonnée 3/sem.
- Test de marche de 6 mn : T0 591 m ; T2 655 m.
- Poids/HbA1C: mai 2012 : 93 kg/7,6 % ; mai 2013 : 87 kg/8 %.
- Économie sur le coût du traitement : 383,28 €/an.
- Insuline glargine : diminution des doses de 18 UI/j soit 540 UI/mois, soit 25,48 €, soit 305,76 €/an.
- Metformine 850 mg : diminution de 2 cp/j soit 60 cp/mois, soit 6,46 €/mois et 77,52 €/an.

Témoignage : *« Ce programme a été une très bonne expérience pour moi. Cela a provoqué un changement de vie. Je régule mon diabète beaucoup plus facilement. Je suis gourmand, je me permets des écarts en adaptant mon activité physique en fonction. »*

Tableau 2 Exemples de parcours sport-santé dans la région Champagne-Ardenne (patients âgés de 50 à 60 ans)

Sexe	Parcours Champagne-Ardenne		Niveau d'activité physique (1)		Test de marche de 6 minutes			Test de tonicité(2)		Test de souplesse(3)		Qualité de vie (questionnaire SF36)			
	Cycle ETP/APA	Relais sport/santé	T0	T12	T0	T5	T12	T0	T5 :12	T0	T5/12	Physique T0	Physique T5	Psychique T0	Psychique T5
M	UTEP Châlons	Nagez forme santé (FFN) Actimarche (FFEPGV)	7	25	264	478		9	16	25	10	39	44	28	47
M	UTEP Châlons	Nagez forme santé (FFN) Actimarche (FFEPGV)	26	30	528	638		17	19	14	12	49	40	54	59
F	UTEP Reims	Gymnastique douce (FFEPMM)	28	30	453		500	13	15	7	0				

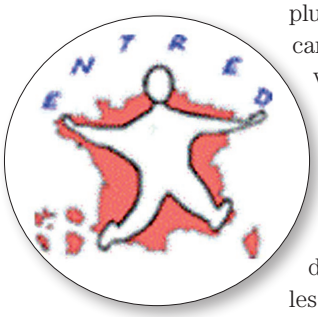
1. Questionnaire de Ricci Gagnon ; 2. Nombre de relevés de chaises en 45s ; 3. Distance doigts sol

1. Activité physique, contextes et effets sur la santé. INSERM, Expertise collective, 2008.
2. Activité physique et diabète de type 2 : référentiel de la Société francophone du diabète (SFD). Médecine des maladies métaboliques, volume 6, issue 1, février 2012, 80-96.
3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). Group Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998;352(9131):83 -53.
4. Retrouver sa liberté de mouvement. Rapport de la commission « Prévention, sport et santé » 2008:126-200.
5. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, et al. Éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques. Éd. Masson.
6. Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Éd. Maloine.
7. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. OMS, 2010.
8. Convention de partenariat entre la conférence des directeurs et doyens de STAPS (C3D STAPS) et la conférence des doyens des facultés de médecine « Organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche », novembre 2012.

étape 2 Évaluer la situation globale de chaque patient, prévenir ses risques prioritaires

Dr Didier Duhot (d.duhot@sfmg.org), médecin généraliste, **Dr Luc Martinez,** professeur associé en médecine générale. Société française de médecine générale, Issy-les-Moulineaux.

Le diabète de type 2 est une maladie chronique liée à une hyperglycémie chronique potentiellement responsable de complications micro- et macrovasculaires sévères et invalidantes. Le coût de la maladie diabétique pour la collectivité est élevé. Bien qu'elle se soit améliorée entre 2001 et 2007, la prise en charge du diabète en France n'est pas optimale (encadré 1). Ce constat n'est pas spécifique à la France, mais touche de nombreux pays occidentaux. Les médecins généralistes occupent une place centrale pour la prise en charge des personnes diabétiques. Ce sont eux qui diagnostiquent la maladie et doivent évaluer et prévenir ses conséquences en collaboration avec d'autres professionnels de santé (diabétologue, cardiologue, néphrologue, diététicien, infirmière…). Enfin, ils doivent associer le patient à la prise en charge de sa maladie (encadré 2) en individualisant la thérapeutique.



Le diabète augmente le risque de complications cardiovasculaires. L'étude ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques)[8] a montré qu'un quart des patients diabétiques âgés de 65 ans ou plus avaient présenté au moins une complication cardiaque (angor, infarctus du myocarde ou revascularisation coronarienne), que 10 % avaient une atteinte des membres inférieurs et que 20 % avaient reçu un traitement pour une complication oculaire du diabète[3]. Par comparaison à des sujets non diabétiques, ces patients ont une espérance de vie réduite en moyenne de 7,5 ans pour les hommes et de 8,2 ans pour les femmes[9], les maladies cardiovasculaires étant responsables de 60 % de cette surmortalité[10].

Un risque souvent et d'abord vasculaire

L'hyperglycémie chronique est un facteur important de ce risque cardiovasculaire du diabète de type 2. Plusieurs études ont montré qu'elle agissait de façon indépendante et que l'augmentation de 1 % en valeur absolue de l'HbA1c correspondait à une augmentation du risque relatif de la mortalité cardiovasculaire de 10 % sur 10 ans[11,12], et à une majoration de 14 % du risque de survenue d'un infarctus du myocarde[13]. Le contrôle de l'hyperglycémie est donc un objectif à atteindre pour réduire la morbimortalité en particulier de cause cardiovasculaire[14], avec l'idée que plus on agit tôt (patient en prévention primaire avec taux d'HbA1c plus bas), plus on diminue le risque cardiovasculaire.

Mais d'autres paramètres influent sur le risque cardiovasculaire du sujet diabétique. Certains sont non modifiables (âge, antécédents familiaux d'accident vasculaire précoce) ; d'autres sont modifiables : hypertension artérielle (HTA), hyperlipidémie, tabagisme, atteinte rénale (microalbuminurie ou insuffisance rénale)[12]. Les patients cumulent souvent ces facteurs en situation de prévention primaire, et atteignent ainsi un statut à haut risque vasculaire : dans l'étude ENTRED, 68 % des 3 324 patients ayant répondu au questionnaire recevaient un traitement antihypertenseur et 42 % un traitement hypolipémiant[15]. L'étude Polychrome, menée sur la base de données de la Société française de médecine générale (45 018 patients polypathologiques suivis de 2002 à 2004 au cours de 284 216 séances [consultations et visites]), avait

1. Problèmes de coût et de prise en charge

En France, le diabète serait directement responsable de 24 126 décès par an[1]. Cette maladie a représenté en 2011 pour l'Assurance maladie 5 % de ses dépenses totales, soit 7,5 milliards d'euros[2].

En 2007, 43 % des patients diabétiques avaient une HbA1c > 7 %, et près de un patient sur sept avait une HbA1c > 8 %[3]. Une revue de littérature réalisée en 2008 a montré que 38 % des patients diabétiques n'étaient plus observants après un an de traitement[4].

pour objectif de définir les typologies de patients polypathologiques pris en charge par les médecins généralistes[16] : 6 classes de patients ont été définies, dont la classe 1 qui regroupait 38 % des patients de plus de 60 ans. Ces patients, qui associaient plusieurs pathologies (HTA, hyperlipidémie, diabète de type 2, insuffisance coronarienne et arthrose), consultaient souvent (plus de 4 consultations par an) et étaient de grands consommateurs de médicaments (4 à 6 molécules par consultation).

À côté du contrôle de la glycémie, la prise en charge de tous les autres facteurs de risque cardiovasculaire est donc un objectif majeur, car elle permet aux diabétiques de type 2 d'approcher le risque cardiovasculaire des sujets non diabétiques[17].

2. Prise de décision partagée : ferment de l'observance pour une prise en charge optimale

Un revue de littérature a montré que seulement 62 % des patients diabétique de type 2 prenaient correctement leur traitement au bout d'un an[4]. Or, l'adhésion au traitement est associée à un risque moindre de complications liées au diabète[5]. Le médecin peut aussi hésiter à intensifier le traitement alors que l'équilibre glycémique n'est pas atteint. Ce constat semble concerner plus souvent le médecin généraliste que le médecin diabétologue, du moins pour l'insulinothérapie[6].

L'enquête Diabasis, menée en France fin 2007, illustre bien ce propos[7] : les perceptions et attitudes de 1 092 patients diabétiques de type 2 ont été évaluées par questionnaire. Soixante-dix pour cent des patients ont déclaré une bonne observance. Mais 67 % ont jugé que la relation médecin-malade était trop paternaliste et que l'implication du patient dans le processus de soin était plus forte lorsqu'il consultait un diabétologue ou qu'il était sous insuline. Ils étaient aussi 85 % à se plaindre de ne pas avoir reçu assez d'explications concernant la maladie diabétique à l'annonce du diagnostic.

Annoncer le diagnostic et proposer une éducation thérapeutique ciblée

Dès l'annonce du diagnostic, le praticien doit inviter son patient à s'exprimer sur ce que représente pour lui le fait d'avoir un diabète. Il doit lui expliquer les grandes lignes de sa maladie, les mesures hygiéno-diététiques à mettre en place et les options de traitement. Le praticien doit aussi évoquer l'insulinothérapie dans l'arsenal thérapeutique : la présentation précoce de l'insuline comme un moyen thérapeutique parmi d'autres permettra sa meilleure acceptation des années plus tard si sa prescription devient nécessaire, car l'insuline est souvent considérée comme un traitement de dernier recours réservé aux formes évoluées de la maladie. Cette représentation touche les patients mais aussi les médecins[18].

Dès les premiers temps de la prise en charge, le praticien devra aussi évaluer les représentations des patients sur la notion de risque cardiovasculaire (RCV). Ainsi, Angus[19] définit trois types de patients face au RCV : les patients qui estiment personnellement le poids des facteurs de risque et leur RCV, ceux qui les envisagent mais s'en remettent à la médecine pour les représenter (graphiques et diagrammes), et ceux qui attendent « the big event » pour en prendre conscience et les prendre en charge. Ce dernier groupe de patients aura une accessibilité très limitée aux discours et arguments des praticiens.

Afin d'être accompagnée dans la prise en charge de sa maladie et de s'autonomiser, la personne diabétique doit acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation aux différentes situations. Elle doit aussi connaître les objectifs thérapeutiques à atteindre.

Une éducation ciblée sur les besoins des patients doit donc être proposée. Selon les compétences du médecin, du patient, les ressources locales, plusieurs solutions sont possibles pour le médecin généraliste, qui peut :

– dispenser au fil de ses consultations certains messages éducatifs en adaptant son discours aux ressources du patient. Cependant, le temps disponible en médecine générale pour chaque consultation (16 minutes en moyenne en France[20]) représente une limite ;

– utiliser son réseau de soins informel[21] pour réaliser cette éducation, et chaque médecin a un réseau informel qu'il peut mobiliser. Les nouveaux modes d'organisation des soins (maisons et pôles de santé, centres de santé) facilitent ces actions par le regroupement de professionnels de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers, diététiciens, pédicures…) dans un même lieu et par l'établissement de coopération interprofessionnelle. Le nombre de ces nouveaux modes d'organisation croît actuellement de façon importante, mais le modèle économique de ces coopérations est encore fragile et doit être amélioré ;

– utiliser les services des réseaux de santé diabète qui organisent des ateliers d'éducation thérapeutique depuis de nombreuses années. S'ils ont l'avantage d'avoir « professionnalisé »

3. Bilan minimal à prévoir

- Tous les 3 ou 4 mois : HbA1c, pression artérielle, poids.
- Une fois par an : créatininémie avec calcul du MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*), HDL-cholestérol et calcul du LDL-cholestérol, triglycérides, microalbuminurie (sur échantillon), fond d'œil ou rétinographie, ECG, évaluation de l'activité physique et du suivi du régime alimentaire.

4. Cible HbA1c (recommandation HAS 2013)[22]

HbA1c inférieure ou égale à 7 % pour le cas général.
HbA1c inférieure ou égale à 6,5 % si :
– DT2 récent avec espérance de vie > 15 ans et sans antécédent cardiovasculaire ;
– désir de grossesse.
HbA1c inférieure ou égale à 8 % si :
– comorbidité grave ou complication cardiovasculaire évoluée ;
– personne âgée fragile ;
– espérance de vie limitée (< 5 ans) ;
– diabète ancien ou objectif de 7 % difficile à atteindre en raison d'hypoglycémies ;
– insuffisance rénale avec DFG < 30 mL/min.
HbA1c inférieure ou égale à 9 % si personne dépendante ou polypathologie avancée
HbA1c inférieure ou égale à 8 % si :
– comorbidité grave ou complication cardiovasculaire évoluée ;
– personne âgée fragile ;
– espérance de vie limitée (< 5 ans) ;
– diabète ancien ou objectif de 7 % difficile à atteindre en raison d'hypoglycémies ;
– insuffisance rénale avec DFG < 30 mL/min
HbA1c inférieure ou égale à 9 % si personne dépendante ou polypathologie avancée.

l'éducation des diabétiques, ces réseaux ne sont pas accessibles partout en France.

Planifier avec le patient la surveillance de l'équilibre glycémique et le dépistage des complications

Le diabète va instaurer une relation longue et continue entre le patient et les professionnels de santé qui vont l'accompagner dans sa pathologie. Comme les objectifs, le suivi du diabète doit être aussi expliqué au patient et négocié avec lui.

Les bilans à planifier (encadré 3) auront comme objectifs d'une part de permettre la surveillance du diabète et d'autre part de rechercher des complications (macro- et microangiopathie) et des comorbidités. Le rythme des bilans peut être modulé en fonction des traitements et des complications.

Surveillance du diabète

Le nouveau paradigme de la prise en charge du diabète préconise de discuter avec le patient des objectifs glycémiques et de l'associer aux choix du traitement[1,22]. La dernière recommandation de la HAS sur la prise en charge thérapeutique de l'hyperglycémie du patient diabétique[22] a revu à la hausse les objectifs glycémiques et tourné le dos au *« lower is better »*. Les objectifs glycémiques reposent désormais sur l'adaptation de l'HbA1c aux comorbidités, à l'état général du patient (encadré 4) et à son espérance de vie.

- Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) sera réalisé tous les 3 à 4 mois. Cette mesure permet d'évaluer l'hyperglycémie sur une moyenne de 3 mois et le risque de survenue des complications liées à l'hyperglycémie. La HAS a par ailleurs défini les conditions d'utilisation de l'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 (encadré 5).
- La mesure du poids, outre son utilisation pour identifier un surpoids ou une obésité, permet de suivre l'impact des traitements conseillés (augmentation de l'activité physique et diminution des graisses dans l'alimentation). On se méfiera de l'incohérence entre un poids qui baisse et une HbA1c qui s'élève, qui signale une comorbidité ou un épuisement progressif de l'insulinosécrétion.

Recherche des complications, des comorbidités et des effets secondaires des médicaments

Le rythme des examens réalisés pour la recherche des complications et comorbidités est en général d'une année. Ce bilan annuel comportera :
– pour l'atteinte rénale, l'estimation de la fonction rénale grâce à la créatininémie (calcul du MDRD [*Modification of Diet in Renal Disease*] par le laboratoire d'analyses) et le dosage de la microalbuminurie (sur échantillon) ;
– pour l'atteinte vasculaire, la réalisation d'un ECG, pour dépister, entre autres, l'ischémie myocardique silencieuse ;
– pour l'atteinte neurologique, l'examen du pied au microfilament, l'interrogatoire sur l'existence de paresthésies (fourmillements, impression de marcher sur du coton…) et l'examen clinique du pied ;
– pour l'atteinte oculaire, un fond d'œil ou une rétinographie sans dilatation ;
– pour le dépistage de l'hyperlipidémie, le do-

sage du HDL-cholestérol (et le calcul du LDL-cholestérol) et des triglycérides ;
– pour le dépistage des effets indésirables des médicaments (en fonction des classes prescrites) : transaminases, ionogramme, CPK après l'âge de 75 ans pour les patients sous statine…

Si une complication a été identifiée, le suivi sera plus rapproché. Par exemple en cas d'insuffisance rénale, la fonction rénale sera estimée grâce à la clairance de la créatinine selon MDRD tous les 3 à 6 mois en fonction du niveau d'insuffisance rénale.

Plus de 75 % des patients obèses et diabétiques ont un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil[24] (Sahos). Pour ces patients, le médecin devra s'enquérir de signes évocateurs (ronflements, asthénie matinale, endormissements diurnes) nécessitant la réalisation d'examen de dépistage du Sahos.

Contrôler l'équilibre glycémique et les facteurs de risque cardiovasculaire : lignes stratégiques actuelles

Traitement de l'hyperglycémie

Le premier traitement de l'hyperglycémie du diabète comprend un volet diététique (arrêt du grignotage, suppression des sucres rapides, diminution des graisses dans l'alimentation) et une augmentation de l'activité physique en privilégiant les activités de fond (comme la marche rapide). Si l'HbA1c est très élevée, ces deux mesures peuvent permettre sa diminution de 1 à 2 %[25].

Il est recommandé d'atteindre une perte de poids comprise entre 5 et 10 % du poids du patient, nuancée selon l'IMC. Sauf en cas d'hyperglycémie très importante, le praticien devra laisser le temps aux mesures hygiéno-diététiques d'agir ; il est proposé d'attendre 6 mois avant d'instaurer un traitement médicamenteux.

Dans le cas de glycémies supérieures à 3 g/L ou d'HbA1c supérieure à 10 % au diagnostic, on peut prescrire une bithérapie ou de l'insuline d'emblée en réévaluant après quelques jours ou semaines la possibilité de revenir à la metformine seule.

La stratégie de traitement de l'hyperglycémie définie par la recommandation de la HAS 2013 est la suivante :
– monothérapie :le traitement de première ligne est la metformine, car elle a montré une réduction de la morbi-mortalité. Il faut commencer par des doses réduites (500 mg/j, pour éviter les effets secondaires digestifs), augmenter régulièrement jusqu'à 2,5 g/j, dose à partir de laquelle l'impact supplémentaire sur l'HbA1c sera limité et les effets indésirables plus importants. En cas d'insuffisance rénale modérée (DFG entre 30 et 60 mL/min), la posologie de metformine devra être limitée à 1 500 mg/j. En cas de contre-indication ou d'intolérance, un sulfamide hypoglycémiant sera prescrit en privilégiant les molécules de demi-vies les plus courtes. En troisième ligne, ce sera le répaglinide ou les inhibiteurs des alphaglucosidases si la tolérance digestive le permet ;
– bithérapie : la bithérapie de première intention est l'association metformine-sulfamides hypoglycémiants. En cas d'intolérance aux sulfamides hypoglycémiants ou si le patient ne peut courir le risque d'hypoglycémie en raison de son âge, de sa profession, de sa précarité… on peut prescrire du répaglinide, un inhibiteur des alphaglucosidases ou un inhibiteur du DPP-4. Si l'écart à l'objectif d'HbA1c est > 1 %, on peut choisir de prescrire une bithérapie associant metformine et insuline ou metformine et analogue du GLP-1. Ce dernier choix concerne surtout les patients dont l'IMC est > 30 kg/m^2 ;
– insulinothérapie : la mise en place d'une insulinothérapie se fera en première intention grâce à une insuline NPH qui doit être injectée au coucher ou à un analogue lent (glargine ou détémir) qui peut être injecté à n'importe quelle heure.

Adapter les objectifs glycémiques au profil de chaque patient

5. Automesure glycémique : place dans le diabète de type 2

En dehors de la titration du traitement par insuline, l'automesure glycémique n'a pas montré d'intérêt pour l'amélioration du contrôle glycémique[23]. La HAS, dans sa recommandation pour le bon usage des technologies de santé, préconise « qu'elle doit être réservée à certains diabétiques de type 2 : traitement par l'insuline ou insulinothérapie envisagée, traitement par sulfamide hypoglycémiant ou répaglinide lorsque des hypoglycémies sont soupçonnées, maladie intercurrente source d'hyperglycémie ». La fréquence des glycémies capillaires doit être adaptée à la situation et doit être précisée par le prescripteur (l'Assurance maladie limite la prise en charge des bandelettes à 200 par an en dehors d'une l'insulinothérapie).

Selon ENTRED, seulement 2 patients sur 10 déclarent avoir eu recours à une diététicienne.

L'augmentation des doses est guidée sur la glycémie à jeun. En deuxième intention, l'intensification se fera par la mise en place d'une insulinothérapie par insuline lente associée à une injection d'insuline rapide avant le repas suivie de l'hyperglycémie la plus importante, avec possibilité d'évolution progressive vers le basal/bolus (une injection d'insuline lente et plusieurs injections d'insuline rapide) ou bien vers un traitement biphasique comportant 2 ou 3 injections d'une insuline mixte rapide/semi-lente.

Traitement des facteurs de risque cardiovasculaire

La mortalité et la morbidité du diabète de type 2 sont en majeure partie liées aux pathologies cardiovasculaires : la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire est particulièrement importante.

• Une aide à l'arrêt du tabac doit être proposée aux patients ; elle peut se matérialiser par un soutien psychologique, la prescription de substituts nicotiniques ou l'adressage à un tabacologue, selon les désirs du patient et les habitudes du praticien.

• En cas d'HTA, si l'augmentation de l'activité physique, la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool et la réduction des apports sodés ne suffisent pas, un traitement pharmacologique doit être prescrit.

• En cas d'atteinte rénale, et ceci dès le stade de microalbuminurie, le traitement de première intention sera un inhibiteur de l'enzyme de conversion. En l'absence d'atteinte rénale, l'amlodipine ou les diurétiques thiazidiques pourront être proposés.

• Si le LDL-cholestérol est au-dessus des valeurs cibles (encadré 6), une statine sera prescrite en privilégiant les molécules les plus anciennes (car les plus connues) et celles dont la demi-vie est la plus courte. Les classes n'ayant pas montré de réduction de la morbi-mortalité (fibrates et ézétimide) ont une place très réduite dans ces situations.

6. Valeurs cibles du LDL-cholestérol[26]

L'objectif de LDL-cholestérol sera < 1 g/L (2,6 mmol/L) :
– en présence d'antécédents de maladie cardiovasculaire avérée ;
– en cas de haut risque cardiovasculaire défini par :
- une atteinte rénale (protéinurie ou insuffisance rénale) ;
- ou au moins deux des facteurs de risque suivants : âge (homme ≥ 50 ans, femme ≥ 60 ans), antécédents familiaux d'infarctus du myocarde ou de mort subite avant 55 ans chez le père, 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré, tabagisme actuel ou stoppé < 3 ans, hypertension artérielle permanente traitée ou non traitée, HDL-cholestérol < 0,40 g/L, microalbuminurie (> 20 mg/L). Si le HDL-cholestérol est ≥ 0,60 g/L (1,5 mmol/L), on soustrait 1 au niveau de risque.

Dans les autres cas, la cible thérapeutique du LDL-cholestérol sera fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire associés.

L'offre de soins actuellement existante, qui fait quoi ?

Selon l'étude ENTRED[8], les patients diabétiques de type 2 sont pris en charge très majoritairement par les médecins généralistes (87 %). Ils sont 10 % à avoir consulté un endocrinologue libéral et 37 % à avoir consulté un cardiologue depuis un an.

Un quart des diabétiques de type 2 ont bénéficié d'une prise en charge par une infirmière libérale (plus de 10 actes en AMI) ; 20 % déclarent avoir eu recours à une diététicienne et 24 % déclarent avoir bénéficié de soins podologiques. Le non-remboursement des diététiciens par l'Assurance maladie peut poser un problème d'accès aux soins, car la diététique est une base du traitement. À l'image des podologues (4 à 6 soins par an sont remboursés pour les patients ayant un pied diabétique grade 2 ou 3), une prise en charge diététicienne forfaitaire devrait être possible dans certaines conditions où la diététique a un rôle majeur, comme en cas d'obésité.

Comme l'a montré le programme Asalée[27], l'avenir de la prise en charge des personnes

diabétiques de type 2 est probablement à rechercher vers l'équipe de soins primaires (MG, infirmières, pharmaciens, diététiciens, podologues…), comme c'est le cas avec la mise en place dans les maisons/pôles de santé pluriprofessionnels et dans les centres de santé.

Vers plus d'observance et moins d'« inertie »

Le diabète de type 2 est une maladie qui réunit le patient et les professionnels de santé sur une durée très longue. Afin que le patient soit le plus observant possible et le praticien le moins « inerte » possible dans l'adaptation du traitement, il faut que les soins délivrés aux diabétiques :
– soient discutés et décidés avec eux ;
– s'appuient sur des recommandations adaptées aux soins primaires ;
– soient prodigués par une équipe de professionnels de santé dont chacun apporte sa compétence et reconnaît la compétence de l'autre.

Les rôles respectifs des différents acteurs peuvent être résumés ainsi :
– les médecins généralistes prennent en charge 90 % des diabétiques de type 2 et coordonnent la prise en charge. Selon les données de l'Observatoire de la médecine générale[28], la file active des diabétiques en MG en 2009 était de 46 patients par médecin, entraînant 164 consultations et visites ;
– les diabétologues peuvent leur apporter leurs compétences pour les patients difficiles et pour des situations où les médecins généralistes ne sont pas à l'aise (par exemple, diagnostic pour les diabétiques n'ayant pas le profil habituel du diabète de type 2 [absence d'antécédents familial et de surpoids qui peut faire suspecter un diabète de type 1 d'évolution progressive], après un syndrome coronaire aigu, lors du passage à l'insuline…) ;
– les cardiologues sont associés à la prise en charge en cas d'antécédent(s) cardiovasculaire(s) connu(s) d'apparition d'une complication cardiovasculaire ;
– les diététicien(ne)s ont une fonction importante dans la prise en charge du diabète, en relais des conseils diététiques donnés par les médecins ;
– les ophtalmologistes assurent le dépistage de la rétinopathie diabétique et son suivi, mais

Fonction de synthèse du médecin généraliste et utilisation de son logiciel métier

Dr Gérald Galliot (gerald.galliot@neuf.fr), médecin généraliste, Jouy

Dans la majorité des cas, le médecin généraliste est, rappelons-le, le médecin traitant du patient. Mettre en place un parcours de soins coordonnés entre les différents acteurs de la santé, comme le définit le rapport Cordier dans le cadre de la stratégie nationale de santé, nécessite que l'un de ces acteurs soit le pilote de cette coordination.Le médecin traitant doit être le pilote de cette coordination, nouvelle mission permettant de valoriser le cœur du métier du médecin généraliste. La fonction de synthèse du médecin généraliste prend alors toute son importance.

En effet, il est difficile de parler de coordination des soins entre les différents acteurs de la santé (médecin traitant, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien et autres professionnels de santé, secteur de l'hospitalisation publique et privée, secteur médico-social) sans parler de partage de l'information médicale. Cette information partagée sous la forme d'un volet médical de synthèse (VMS) doit être pertinente, utile et actualisée : elle doit contenir uniquement les informations utiles à la prise en charge coordonnée du patient qui le plus souvent sera âgé et/ou polypathologique. Elle doit être bien évidemment actualisée « en temps réel » pour être utile à une coordination efficace.

Validé par la Haute Autorité en santé, ce VMS contient : identité du patient ; antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux et familiaux ; allergies et habitus ; pathologies chroniques et en cours ; traitements chroniques et en cours. Aujourd'hui, la majorité des logiciels médicaux utilisés par les médecins généralistes sont capables de lui fournir cette synthèse médicale à partir de ses propres données, et sans double saisie.

Nous comprenons mieux l'importance du VMS pour le patient, car il devient un élément incontournable pour diminuer l'iatrogénie médicamenteuse et améliorer l'efficience des soins en diminuant notamment la redondance des examens paracliniques. Nous comprendrons encore mieux la nécessité d'utiliser des données structurées pour des actions de santé publique, d'épidémiologie et de recherche médicale. Sur ce point, les éditeurs de logiciels doivent avancer.

Tout cela sera naturellement utopique si l'on ne donne pas au médecin traitant les outils nécessaires pour véhiculer cette information : messagerie sécurisée et deuxième version du Dossier médical personnel (DMP). •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

dépistent aussi un glaucome chronique et une cataracte, plus fréquents chez les diabétiques ;
– les orthoptistes, dans certains centres de santé ou maisons médicales, réalisent des rétinographies. Ceci permet de palier les délais de rendez-vous très importants des ophtalmologistes qui, dans certaines régions, peuvent aller jusqu'à 9 mois ;

Apporter sa compétence en respectant celle de l'autre

– les infirmiers peuvent participer à l'éducation thérapeutique des diabétiques ; ils assurent dans le programme Asalée un accompagnement des patients et mettent à jour les dossiers médicaux afin de faciliter la synthèse réalisée avec les médecins. Dans certains pays étrangers (Royaume-Uni, Espagne…), des infirmiers cliniciens prennent en charge directement les patients diabétiques en relais de l'intervention des médecins ;
– les podologues délivrent des soins pour les pieds des diabétiques. Ces soins sont pris en charge par la Sécurité sociale pour les diabétiques à hauteur de 4 séances (un pied diabétique grade 2 [non-perception du monofilament associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied]) ou 6 séances (pour un grade 3 [antécédents d'ulcération du pied et/ou d'une amputation]) ;
– les pharmaciens, qui voient régulièrement les patients, peuvent leur apporter des conseils, notamment attirer leur attention (et celle des médecins) sur les risques d'effets indésirables des médicaments en cas de prescriptions multiples. Sous certaines conditions, ils pourraient aussi participer à l'éducation thérapeutique des patients ;
– les kinésithérapeutes peuvent être sollicités dans le cadre d'une réadaptation à l'effort pour les patients diabétiques très sédentaires. •

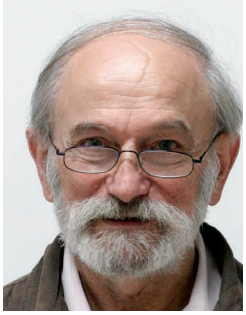
Didier Duhot déclare participer ou avoir participé sur les cinq dernières années à des interventions ponctuelles pour l'European Primary Care Cardiovascular Society, Global Média Santé, la HAS, l'INCa, Lilly, Medtronic, MSD, Novartis Vaccine, Novo Nordisk, Pfizer, Roche, Sanofi-aventis, la Société française de médecine générale ; et avoir été pris en charge (transport, hôtel, repas), à l'occasion de déplacement pour congrès, par l'European Primary Care Cardiovascular Society.
Luc Martinez déclare participer ou avoir participé sur les cinq dernières années à des interventions ponctuelles pour Astra Zenaca, Amgen, GSK, Ipsen, Mayoli Spindler, Novo Nordisk, Pfizer, Servier.

1. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabe tes Atlas Update 2012. Retrieved 22 August, 2013, from http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012
2. CNAMTS. Rapport de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013. Constats. 13 juillet 2012. http://www.rees-france.com/IMG/pdf/2013_produits_et_charges.pdf
3. Pornet C, Bourdel-Marchasson I, et al. Trends in the quality of care for elderly People with type 2 diabetes: The need for improvements in safety and quality (the 2001 and 2007 ENTRED Surveys). Diabetes & Metabolism 2011;37:152-61.
4. Cramer JA, Benedict A, et al. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. Int J Clin Pract 2008;62:76 87.
5. Gibson TB, Song X, et al. Cost Sharing, Adherence, and Health Outcomes in Patients With Diabetes. American Journal of Managed Care 2010;16:589-600.
6. Shah BR, Hux JE, et al. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control: do specialists differ from primary care physicians? Diabetes Care 2005;28:600-6.
7. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. Diabetes Metab 2009;35:220-7.
8. Ricci P, Chantry M, et al. Analyse économique des personnes traitées pour diabète (études ENTRED 2001 et 2007). Pratiques et organisation des soins 2010;41.
9. Franco OH, Steyerberg EW, et al. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. Arch Intern Med 2007;167:1145-51.
10. Seshasai SR, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause specific death. N Engl J Med 2011;364:829-41.
11. Lehto S, Niskanen L, et al. Medial artery calcification. A neglected harbinger of cardiovascular complications in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1996;16:978-83.
12. Rossing P, Hougaard P, et al. Predictors of mortality in insulin dependent diabetes: 10 year observational follow up study. BMJ 1996;313:779-84.
13. Stratton IM, Adler AI, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 2000;321:405-12.
14. Holman RR, Paul SK, et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type diabetes. N Engl J Med 2008;359:1577-89.
15. Marant C, Romon I, et al. French medical practice in type 2 diabetes: The need for better control of cardiovascular risk factors. Diabetes & Metabolism 2008;34:38-45.
16. Clerc PJ, Lebreton, et al. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Pratiques et organisation des soins 2008;39.
17. Gaede P, Lund-Andersen H, et al. Effect of a multifactorial intervention mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:580-91.
18. Brunton SA, Davis SN, et al. Overcoming psychological barriers to insulin use in type 2 diabetes. Clin Cornerstone 2006;8 Suppl 2.:S19-S26.
19. Angus J, Evans S, et al. Sneaky disease: the body and health knowledge for people at risk for coronary heart disease in Ontario, Canada. Soc Sci Med 2005;60:2117-28.
20. Kandel O, Duhot D, Very G, et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat Med Gen 2004;18:781-4.
21. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, et al. Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Rapport de recherche. 2002-2004. LEHA/ANAES.
22. Haute Autorité de santé (janvier 2013). Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – argumentaire. Retrieved 23 August, 2013, from http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201302/10irp04_argu_diabete_type_2.pdf
23. L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée. HAS, avril 2011.
24. Foster GE, Kuna ST, Sanders MH, et al. Sleep apnea in obese adults with type 2 diabetes: baseline results from sleep AHEAD study [abstract]. Sleep 2005;25:066.
25. Management of diabetes - A national clinical guideline. SIGN 2010 (http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf).
26. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, mars 2005.
27. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, et al. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation Asalée, QES n° 136, novembre 2008.
28. Observatoire de la médecine générale : http://omg.sfmg.org

étape 2

Asalée : un continuum de soins, du dépistage précoce au suivi

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**



DR

Dr Jean Gautier

Avec bientôt dix années d'existence, le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Équipe) a évolué et progressé. Pour le Dr Jean Gautier, président de l'association du même nom, Asalée reste particulièrement adapté au dépistage précoce et au suivi des personnes ayant un diabète de type 2 avéré mais aussi à risque de diabète de type 2.

Initiée en 2004 par un groupe de médecins libéraux du département des Deux-Sèvres avec le soutien de l'URML de la région Poitou-Charentes, Asalée est un modèle d'organisation (voir encadré) visant principalement l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale, sur la base d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique (IDSP). Salariées de l'association Asalée, les IDSP suivent une formation continue adaptée et une formation initiale en éducation thérapeutique organisées par l'association.

Réduction de 10 % de la consommation de soins

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a été sollicité par la Haute Autorité de santé pour l'évaluation médico-économique de ce dispositif : une étude[1] réalisée rétrospectivement entre mai et novembre 2007 a montré que les patients diabétiques de type 2 suivis dans Asalée ont un équilibre glycémique qui s'améliore, un suivi de meilleure qualité au regard des référentiels de bonne pratique, avec un coût équivalent pour l'Assurance maladie ; la coopération généraliste-infirmière pour le suivi des patients diabétiques de type 2 dans le cadre particulier d'Asalée a été jugée plus efficiente que la pratique standard, avec notamment un taux d'hospitalisation de la cohorte des diabétiques Asalée de 24 % inférieur à celle de la cohorte témoins. Ces résultats ont été confirmés par une étude du service d'économie du Conservatoire des arts et métiers menée sur deux ans (mai 2007 à avril 2009) montrant une réduction de 10 % de la consommation de soins pour les patients Asalée[2].

Du FAQSV au NMR 3

« Si, en 2004, trois cabinets, douze médecins et trois infirmières constituaient l'effectif d'Asalée, en 2013 les pôles Asalée comptent 110 infirmières (67 équivalents temps-plein), 350 médecins généralistes et 350 000 patients répartis sur de nombreuses régions (Poitou-Charentes, Bourgogne, Haute-Normandie, Lorraine, Rhône-Alpes, Aquitaine, Bretagne, Languedoc-Roussillon, Auvergne, Champagne-Ardenne, Île-de-France », précise le Dr Gautier.

Cette montée en puissance a été possible grâce à la reconduction par les tutelles des financements annuels sous différentes modalités au fil du temps : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) devenu le Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS) et, depuis novembre 2012, une convention sur les nouveaux modes de rémunération (module 3 : NMR 3) selon un protocole précis[3].

Convention tripartite

Les professionnels souhaitant intégrer le dispositif Asalée peuvent en adresser la demande soit à leur agence régionale de santé (ARS) soit à l'association Asalée (contact@asalee.fr), qui contactera l'ARS concernée si les conditions d'intégration sont remplies (professionnels exerçant dans une zone sous-dense et intérêt pour la région du déploiement du protocole). Lorsque le site obtient l'autorisation d'adhérer au protocole Asalée, une convention locale signée

Asalée
Action de santé libérale en équipe

Asalée en pratique

Sur proposition du médecin aux patients, des activités de prévention, de suivi et de consultation d'éducation thérapeutique sont déléguées aux infirmières.
Les domaines concernés sont le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les facteurs de risque cardiovasculaire et le tabagisme avec risque de BPCO.
En utilisant et mettant à jour les dossiers informatisés, les infirmières assistent également le médecin pour certains dépistages (diabète de type 2, cancers [sein, côlon, col de l'utérus], troubles cognitifs après 75 ans).
Pour le suivi du patient diabétique de type 2, les activités déléguées incluent la rédaction et la signature de prescriptions des examens HbA1c, microalbuminurie, HDL-cholestérol, créatinémie, fond d'œil ; prescription et réalisation des ECG ; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds.
Le suivi du patient à risque cardiovasculaire inclut la prescription et la réalisation des ECG.

entre l'ARS, Asalée et le site est transmise pour avis à la direction de la Sécurité sociale (DSS).

Poursuivre la montée en puissance

« Notre objectif à moyen terme est de tripler la file active pour atteindre 1 million de patients ; des discussions en ce sens sont en cours avec les pouvoirs publics », déclare le Dr Gautier, puis il conclut en deux points : *« L'extension d'Asalée au-delà des territoires sensibles en démographie médicale nous semble très souhaitable, car la démographie médicale n'est pas obligatoirement le reflet de la qualité des soins. Par ailleurs, il conviendrait de promouvoir le recours aux infirmières Asalée en amont du diagnostic de diabète de type 2 : le dispositif est en effet parfaitement adapté et opérationnel pour mener des actions d'éducation à la santé visant à retarder l'apparition d'un diabète de type 2 chez des personnes identifiées comme à risque. N'oublions pas que le généraliste qui est le médecin traitant d'une personne depuis sa 16e année, qui connaît son environnement et ses antécédents familiaux et qui mesure régulièrement son poids et sa taille… souvent sur une période de plusieurs décennies, est bien placé pour repérer les familles et les jeunes exposés au risque de développer un diabète de type 2 »*. Ce dernier commentaire se situe parfaitement dans la logique des orientations de la stratégie nationale de santé qui veut faire du médecin généraliste *« le pivot d'une politique de prévention »*. Est-ce en ce sens que la ministre de la Santé a récemment annoncé une « relance » du dispositif Asalée, et ce dès le PLFSS de 2014 ? À suivre donc… •

Jean Gautier (j.gautier@medsyn.fr) déclare être président de l'association Asalée.

1. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, et al. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation Asalée. Irdes. n° 136. Novembre 2006.
2. De Kervasdoué J, Hartmann L, Macé JM, et al. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral : analyse économique du dispositif Asalée (rapport final). CNAM, avril 2010.
3. HAS. Protocole de coopération entre professionnels de santé. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

étape 3

ESPREC : trois acteurs de proximité pour un suivi renforcé des cas complexes

Dr Pierre de Haas (pierre.de-haas@ffmps.fr), maison de santé de Pont-d'Ain, Fédération française des maisons et pôles de santé

La prise en charge de patients porteurs de pathologie complexe dépasse l'exercice isolé du professionnel de santé. Plusieurs expériences existent à travers le monde, centrée sur la pathologie (*disease management*) ou centrée sur le patient (*chronic care model*) montrant les avantages de l'exercice pluriprofessionnel coordonné. La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), en partenariat avec l'Union nationale des réseaux (UNR-s) et la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), a lancé une expérimentation largement inspirée de ces expériences : ESPREC (Equipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe). Il s'agit d'organiser le suivi coordonné et renforcé d'un patient porteur d'un cas complexe par les trois acteurs qu'il voit le plus souvent : médecin, infirmière, pharmacien. Pour l'instant, cette expérimentation ne concerne que trois types de situation : diabète de type 2 mal équilibré, hypertension artérielle sévère, personnes âgées fragiles.

Lors d'une consultation, le médecin traitant d'un patient porteur d'un diabète de type 2 mal équilibré décide de lui proposer un soutien sous forme d'une meilleure coordination et d'un meilleur suivi avec son pharmacien et son infirmière. Le mauvais équilibre peut être lié à une faible observance du traitement ou à une alimentation inadaptée ou à toute autre cause. Les caractéristiques de la situation permettent une inclusion dans ESPREC (encadré 1).

Un plan personnalisé de soins et un référent

Lorsque le patient accepte, le médecin lui demande les coordonnées des deux autres professionnels s'ils ne sont pas déjà identifiés dans le dossier. Il recueille aussi le nom du(des) spécialiste(s) (diabétologue, cardiologue ou gériatre) libéral(aux) ou hospitalier(s) choisi(s) par le patient, ou lui en propose s'il n'en connaît pas.

Le secrétariat du médecin organise une réunion des trois acteurs de proximité. Lors de cette réunion d'environ 15 minutes, le cas du patient est discuté. À partir des informations échangées entre médecin, pharmacien et infirmière, des objectifs et des interventions prioritaires sont fixés. Cela peut relever d'un renforcement régulier de la motivation diététique, d'un meilleur suivi des prescriptions et des rythmes de surveillance biologique, ou d'une problématique environnementale, ou encore sociale.

Le trio peut utiliser des protocoles réalisés par l'équipe de la maison, pôle ou centre de santé. Il peut aussi s'inspirer des protocoles pluriprofessionnels travaillés avec la HAS. Un plan personnalisé de santé (PPS) est établi.

L'un des trois soignants est proposé au patient comme son « référent » (le plus souvent l'infirmière, et c'est elle que nous citerons dans ces lignes). Le patient est prévenu de la mise en place de ce suivi et donne son accord au partage des informations. L'infirmière référente prend un contact régulier, une fois par semaine ou par mois avec le patient après consultation de son dossier. Elle lui rappelle les échéances de surveillance, voire les organise. Elle visite le patient à son domicile si besoin. Elle saisit dans le dossier les informations utiles. Elle adresse un message aux deux autres professionnels lors d'éventuelles

décisions à prendre. L'équipe des trois soignants peut décider de proposer au patient des interventions d'autres professionnels comme diététicienne, psychologue, podologue, ou éducateur sportif ou diabétologue (encadré 2). Le patient voit son pharmacien chaque mois pour la délivrance de ses médicaments et son médecin tous les 3 à 6 mois. Les mêmes messages lui sont rappelés à chacune de ces entrevues.

Au-delà de la simple coordination

Cette expérimentation dépasse la simple coordination en ajoutant la possibilité d'un suivi et d'interventions d'autres intervenants. Elle vient en complément d'expériences type Sophia, en ajoutant une plus-value : la relation directe du patient aux professionnels de santé en qui il a confiance, puisque ce sont ceux qu'il a choisis et qu'ils sont inscrits dans son univers de proximité sur son territoire. Par ailleurs, une formation de l'équipe est menée avant le début de l'expérimentation pour permettre aux différents professionnels d'en comprendre l'esprit. Cette formation est adaptée selon le niveau de connaissance de l'équipe des soins coordonnés et des entretiens motivationnels des patients.

Pour les libéraux, cette expérimentation est un terrain d'essai sur le développement de la coordination et de la collaboration autour du trio de professionnels de santé. Pour les centres de santé, elle offre une occasion d'élargir aux pharmaciens de leur territoire le travail existant d'équipes pluriprofessionnelles.

Les aspects économiques de l'expérimentation

ESPREC est actuellement conduite dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), dans son module 2 intitulé « Nouveaux services aux patients ». Elle concerne donc un nombre limité d'équipes (une cinquantaine). Une extension, qui sera rendue possible prochainement dans quelques régions grâce à des financements des Fonds d'intervention régional (FIR), vient de débuter en Rhône-Alpes pour 140 cas.

En pratique, chaque nouveau patient inclus ouvre le droit à une enveloppe de 250 euros pour une année. Cette somme permet de rémunérer la ou les réunions de coordination du trio et d'éventuelles interventions de professionnels non remboursés par l'assurance du patient. Les actes sont par ailleurs facturés selon la réglementation en vigueur.

Évaluation à venir

Les premiers résultats ne sont pas encore connus. Mais les retours des premières équipes sont intéressants dans la mesure où elles rapportent une nette augmentation des niveaux d'implication des professionnels dans le suivi des patients. L'évaluation de l'expérimentation se fera en suivant différents critères. Ils donneront lieu à publication. •

Pierre de Haas déclare avoir des liens (contrat de travail, rémunération régulière...) avec l'association Fédération française des maisons et pôles de santé.

1. The Commonwealth Fund Pub, Utilizing a Coordinated, Community-Based Approach to Enhance Care and Lower Costs for Chronically Ill Patients. April 2012.
2. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor effectiveness, equity, and efficiency of health services. SEPAS report 2012. Gac Sanit 2012.
3. Kelin S. The Veterans health administration: implementing patient-centered medical homes in the nation's largest integrated delivery system, Commonwealth Fund Pub. September 2011, Vol.16 (1537).
4. Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? Annals of Internal Medicine 2006;12(145), n° 11 :826-33.

1. Critères d'inclusion

ESPREC étant une expérimentation, il existe des critères d'inclusion pour chacune des trois catégories concernées. Pour les patients porteurs d'un diabète de type 2, les critères sont les suivants : deux HbA1c consécutives espacées de trois mois > 8 %, ou la survenue ou l'aggravation d'une complication depuis un an (cardiopathie ischémique*, insuffisance cardiaque, rétinopathie sévère**, risque de lésion des pieds grade 3***, albuminurie confirmée > 0,3 g/L).

* Angor ou infarctus du myocarde ou revascularisation coronarienne.
** Œdème maculaire ou traitement par laser.
*** Défini par un antécédent d'amputation ou des lésions des pieds ayant duré plus de quatre semaines.

2. La place du second recours

Le recours à un diabétologue est parfois nécessaire lorsque le cas du patient devient compliqué ou que l'équilibre glycémique ne peut être atteint avec les recommandations usuelles. Le diabétologue est alors consulté selon les usages : envoi d'un dossier électronique pour avis, et éventuellement consultation si le diabétologue le juge utile. L'information échangée comprend le volet médical de synthèse du patient et le plan personnalisé de soin (PPS)

Liens

Les protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours :

- www.ffmps.fr
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf

Partage des compétences et formation continue vs complications

Dr Olivier Dupuy (olivier-dupuy2@orange.fr), **Pr Lyse Bordier,** service endocrinologie et maladies métaboliques, hôpital d'instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé

La prise en charge des complications liées au diabète n'est pas l'apanage de tel ou tel praticien : elle est l'affaire de tous et fait le plus souvent appel à des équipes - ou plutôt à des compétences différentes, complémentaires, pluridisciplinaires. Les progrès réalisés dans ce domaine ont permis d'améliorer le pronostic de nos patients, qui ont le temps de développer parfois d'autres complications, comme les pathologies du pied, lesquelles restent très préoccupantes malgré nos efforts. La formation continue et surtout le partage des compétences dans un parcours de soins coordonné doivent permettre une prise en charge encore plus adaptée…

Traditionnellement et de façon immuable, les complications du diabète sont déclinées en microangiopathie (œil, rein, nerf), puis en atteinte macroangiopathique (carotide, cœur, artères périphériques). Il est temps de bousculer les acquis, et intentionnellement nous aborderons les problèmes les plus inquiétants qui se posent aujourd'hui dans la prise en charge de ces complications en traitant successivement les problématiques du pied diabétique, les complications cardiovasculaires, enfin les lésions spécifiques liées à la microangiopathie.

Pied diabétique : le parcours de soins reste à améliorer

Principale cible de facteurs « toxiques » divers, les fibres sensitives sont au premier plan des victimes de l'hyperglycémie chronique, et la neuropathie est de très loin la principale atteinte du pied du diabétique. Mais c'est aussi la moins visible et donc celle qui doit se dépister périodiquement (au moins une fois par an en l'absence de problème[1]) sous peine d'avoir à prendre en charge des lésions graves, ulcérations chroniques, voire cellulites qui ont engendré depuis vingt ans une augmentation préoccupante des amputations : elles sont la première cause d'amputation non traumatique en France[2] depuis 2003. Mais une meilleure coordination des soins, la formation complémentaire de pédicures-podologues (dont l'enseignement spécialisé ciblé est indispensable et aboutit à l'attribution de « clé POD »), et la sensibilisation des acteurs de soins paramédicaux, des chirurgiens, urgentistes, médecins généralistes et diabétologues commence probablement à porter ses fruits et permet d'espérer une réduction du nombre d'amputations[3].

Gradation pour prévention du risque

La gradation systématique des pieds des diabétiques[4] selon la classification de l'*IWG on the Diabetic Foot* est encore insuffisamment connue, enseignée, utilisée. Et pourtant elle est particulièrement simple et utile. Elle nécessite un monofilament de 10 g (Semmes-Weinstein 5.07), la prise des pouls distaux des membres inférieurs, l'inspection des pieds, à la recherche de déformations, et un interrogatoire portant sur les antécédents de plaie chronique (de plus de 3 semaines) ou d'amputation. Classé en 4 catégories, de 0 (perception normale du monofilament) à 3 (tableau), le risque d'ulcération est ainsi estimé, et permet de déterminer les actions de prévention. Tous les acteurs de santé ont le devoir et même la responsabilité d'utiliser cette échelle, préambule indispensable pour espérer un véritable frein dans la progression des plaies chroniques. Cet outil reste cependant méconnu de nombreux praticiens.

Car, très logiquement, cette prévention va s'organiser en fonction du risque :
– simples recommandations d'hygiène élémentaire pour les grades 0, avec examen annuel des pieds ;

– examen répété trimestriellement, avec des mesures ciblées de prévention pour les grades 1, le patient devant être clairement averti du risque pouvant le conduire vers une plaie grave, mais il faut aussi savoir le rassurer sur l'efficacité des mesures de prévention ;
– les grades 2 puis 3 justifient les actions les plus fréquentes et des soins spécialisés.

La règle générale est que tout diabétique à risque grade 1 ou 2 ayant une plaie du pied doit être référé immédiatement à un centre du pied (voir article C. Debure) ou à un service de diabétologie pour bilan et prise en charge[1].

Plaie neuropathique : décharge, puis chaussures adaptées en cas de mal perforant plantaire

Une plaie neuropathique, qui prend le plus souvent l'aspect du mal perforant plantaire (MPP), justifie des soins locaux et surtout la mise en décharge, c'est-à-dire l'absence de tout contact et donc d'appui entre la plaie et le sol. Difficile à obtenir en pratique, cette décharge est indispensable pour obtenir la guérison et nécessite des « outils » le plus souvent simples, comme le port d'une chaussure de Barouk pour un MPP de l'avant-pied.

Une fois la plaie fermée, il est nécessaire d'évaluer les besoins en semelles adaptées, voire chaussures orthopédiques par un orthoprothésiste spécialisé, action quasi-indispensable pour éviter la récidive. Car guérir un pied est bien, mais non suffisant, et finalement n'est pas d'une grande utilité si l'on ne prévient pas la récidive qui ne manque pas de survenir en l'absence de mesures de chaussage adaptées.

Enfin, lorsqu'il existe une infection associée (encadré 1, p. X) et qu'un geste chirurgical est nécessaire, celui-ci doit être le plus conservateur possible afin de ne pas nuire à la statique ultérieure du pied, et il faut éviter toute amputation radicale, excessive, qui ne fait qu'allonger le temps de la cicatrisation.

Cette attitude que l'on observe encore trop souvent dans nos services d'urgence montre qu'il reste beaucoup de place à la formation des jeunes urgentistes et chirurgiens-orthopédistes. Un os infecté va guérir si l'on utilise un antibiotique efficace qui agit au cœur même de l'os malade et si une immobilisation suffisante est associée…

Plaie artérielle : les amputations en urgence ne devraient plus exister

Devant une plaie douloureuse, même minime, un pied sec, à peau fine, l'absence de pouls permet de diagnostiquer une plaie artérielle. Représentant environ 30 % des plaies des pieds, la gravité de ces atteintes justifie toujours un recours spécialisé, avec évaluation du réseau artériel, au minimum par un doppler des MI, associé à la mesure des index de pression systolique (IPS), évaluation du réseau artériel des troncs artériels supra-aortiques et des coronaires, prise en charge renforcée des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV). Le traitement peut être conservateur, vers l'assèchement de la plaie nécrotique si celle-ci est minime et le terrain du patient incompatible avec un geste de revascularisation ; le plus souvent, une revascularisation doit être réalisée pour assurer la guérison, après s'être assuré de l'absence de sténose carotidienne et/ou de coronaropathie sous-jacente dont les prises en charge restent toujours prioritaires. L'arsenal des techniques

Tableau. Gradation du risque et prévention de l'ulcération du pied (d'après le guide HAS ALD 8)[1]

	Définition	Mesures préventives
Grade 0	Absence de neuropathie sensitive	Examen de dépistage annuel
Grade 1	Neuropathie sensitive isolée définie par l'anomalie du test au monofilament de 10 g	Examen des pieds et évaluation du chaussage à chaque consultation Éducation : hygiène, auto-examen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, conduite à tenir en cas de plaie… Aide de l'entourage
Grade 2	Neuropathie sensitive associée : - à une artériopathie des membres inférieurs définie par l'absence d'au moins un des deux pouls du pied ou par un indice bras-cheville < 0,9 - et/ou à une déformation du pied : hallux valgus, orteil en marteau ou en griffe, proéminence de la tête des métatarsiens, déformations post-chirurgicales ou liées à un pied de Charcot	Mêmes mesures que pour le grade 1 + : soins de pédicurie réguliers correction des anomalies biomécaniques avis sur l'indication d'orthèses et d'un chaussage approprié prise en charge de l'artériopathie, si existante recours à un réseau de santé
Grade 3	Antécédent - d'ulcération du pied évoluant depuis plus de 4 semaines et/ou - d'amputation des membres inférieurs	Renforcement des mesures définies pour le grade 2 Appareillage systématique défini par le centre spécialisé Surveillance régulière par un centre spécialisé ou par un spécialiste diabétologue

de revascularisation, de l'angioplastie simple au pontage le plus distal, a beaucoup progressé ces dernières décennies ; il n'est plus acceptable aujourd'hui d'amputer en urgence des plaies vasculaires sans avoir évalué le réseau d'amont, car c'est une réelle perte de chance pour le patient.

L'arsenal des techniques de revascularisation a beaucoup progressé.

Le lien médecin généraliste, pédicure-podologue, infirmière est capital

La prise en charge des pieds diabétiques est devenue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, et l'on ne peut que constater qu'il reste beaucoup de chemin dans la prise en charge coordonnée des plaies. Le dépistage est tardif, insuffisant, souvent négligé, car les pieds ne sont pas suffisamment examinés. Le rôle des pédicures-podologues n'est pas suffisamment reconnu, mais leur formation doit continuer à se développer dans le domaine du diabète pour apporter une véritable compétence, une expertise qui leur permet de guider les généralistes. On peut regretter le fait que ces paramédicaux n'aient pas la possibilité de prescrire des chaussures ou semelles, car ils sont bien plus compétents dans ce domaine précis que la grande majorité des médecins ! À l'opposé, chaque année, des patients sont victimes de soins inappropriés par des pédicures-podologues insuffisamment formés, « soins » qui aboutissent parfois à des amputations brutales. Le lien avec le médecin généraliste est donc capital, comme avec l'IDE qui réalise les soins des plaies. Il reste à améliorer le parcours de soin du patient dans ce domaine, et le taux d'amputation annuel restera un indicateur majeur pour analyser nos pratiques !

1. Le pied infecté justifie une évaluation neurologique et artérielle

Le diagnostic de l'infection est clinique et repose sur au moins deux signes parmi les suivants : augmentation de volume, induration, érythème périlésionnel, sensibilité locale ou douleur (notée sur une échelle visuelle simple ou analogique), chaleur locale ou présence de pus. En outre, l'infection est fortement suspectée devant un tissu friable, un décollement profond, ou une odeur nauséabonde[5].

La plaie sera classée selon le consensus international sur le pied diabétique (IWGDT) en grade et en stade, ce qui reste du domaine de l'hyperspécialisation hospitalière. Cliniquement, on recherchera s'il existe une dermo-hypodermite, avec nécrose ou non, une fasciite nécrosante, une gangrène humide, un abcès, un phlegmon, une suspicion d'ostéite. L'utilisation d'un stylet peut orienter vers l'existence d'une ostéite, l'existence d'un contact osseux étant quasi pathognomonique.

Des prélèvements locaux au cabinet en ville peuvent être faits, mais ils doivent répondre à des règles précises : deux écouvillonnages locaux après nettoyage au sérum physiologique, prélevés au fond de la plaie. La faisabilité de prélèvements au sein d'une collection profonde à la seringue à l'aide d'une aiguille fine doit être discutée au cas par cas. En cas de prélèvement à la seringue, il faut chasser l'air et sertir la seringue à l'aide d'un bouchon stérile[5]. Les prélèvements sont dans tous les cas rapidement acheminés au laboratoire de bactériologie. En cas de fièvre, des hémocultures aérobies et anaérobies sont indispensables. Une antibiothérapie probabiliste peut être initiée devant une première plaie, superficielle, en l'absence de suspicion d'ostéite (grade 2 IWGDT) ; le spectre doit être étroit, ciblant les bactéries le plus fréquemment retrouvées : *Staphylococcus aureus* et streptocoques bêta-hémolytiques. Le choix par voie orale concerne la cloxacilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou pristinamycine ou clindamycine. Si l'évolution est favorable après réévaluation avant la 72e heure, le traitement doit alors être poursuivi pendant 1 à 2 semaines[5]. On ne peut que recommander une prise en charge rapide en milieu hospitalier lorsque le délabrement initial est important, l'état général altéré, ou devant une évolution défavorable à 48 heures.

Les complications cardiovasculaires sont à prendre en charge dès le stade de prédiabète

La première cause de mortalité lorsque l'on est diabétique n'est pas le cancer comme pour le reste de la population, mais le cœur[6]. Dès les années 1990, les données épidémiologiques, comme celles de l'étude MRFIT[7] réalisée chez 350 000 Américains de sexe masculin suivis pendant 10 ans, mettent en lumière la mortalité 2 à 3 fois plus élevée des diabétiques. L'amélioration de la lutte contre les FRCV, tabagisme, HTA et hypercholestérolémie, a permis de réduire considérablement cette mortalité, y compris dans la population des patients diabétiques. Cependant, il persiste un différentiel, un risque « résiduel », plus marqué chez les diabétiques.

Des incertitudes sur les valeurs cibles des facteurs de risque cardiovasculaire

Les particularités de ces patients sont mieux connues : une atteinte vasculaire plus distale, plus diffuse, une agrégabilité différente, plus « thrombogène », une fréquence plus élevée des ischémies silencieuses. Les grandes études épidémiologiques centrées sur le patient diabétique (ADVANCE, VADT, ACCORD) ont mis l'accent sur l'importance majeure d'un contrôle optimal de l'HTA avec des cibles inférieures à 140/90 mmHg, et d'un LDL-cholestérol inférieur à 1 g/L.

Il existe des incertitudes sur la borne inférieure en matière de PA et l'on ne peut que recommander de ne pas baisser les chiffres de PA en dessous de 120/70 mmHg. Quant à la cible de LDL des patients de très haut risque cardiovasculaire, l'intérêt d'atteindre un niveau de LDL < 0,7 g/L reste à démontrer chez le diabétique vs intervention sur la réduction du taux de triglycérides et/ou l'élévation du HDL cholestérol : les études récentes, telles que FIELD, et les essais des « hyper-HDLémiants » n'ont pas apporté les preuves que l'on espérait.

Optimiser l'évaluation du risque et le délai de prise en charge

Dès le stade de syndrome métabolique, de « prédiabète », il convient d'être vigilant, d'estimer le risque cardiovasculaire, simplement par le nombre de facteurs de risque et si possible à l'aide des tables de risque en prévention primaire. Car il n'existe pas d'autre élément d'aide décisionnel pour les examens complémentaires, et il faut pouvoir optimiser le dépistage malgré l'abondance des techniques. La HAS a défini les patients les plus susceptibles de bénéficier d'un dépistage et, même si ce guide[1] n'est pas parfait, il permet de cibler le dépistage. Car, compte tenu des difficultés d'accès aux soins et surtout pour d'évidentes raisons de coût, il n'est pas possible de proposer à tous un dépistage « standard ».

Lorsqu'il existe des signes d'artérite ou au stade de prévention secondaire, la prescription du « pack » de médicaments de protection est indiscutable, avec antiagrégant, bêtabloquant, statine, IEC (si la fraction d'éjection du ventricule gauche [FEVG] est réduite ou en cas de microalbuminurie). Rappelons que la décision de mise sous traitement est le devoir de tout praticien qui est en charge du patient et qu'il est préjudiciable d'attendre l'éventuelle visite du spécialiste d'organe !

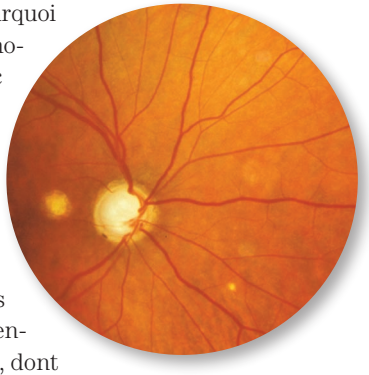
La microangiopathie reste une cause importante de cécité et d'insuffisance rénale

L'examen ophtalmologique annuel est indispensable dès le diagnostic de diabète

La rétinopathie diabétique ne fait pas mourir, mais c'est la première cause de cécité chez les moins de 60 ans. Or il faut une quinzaine d'années pour que les lésions apparaissent. Autant le début du diabète de type 1 est aisé à dater, autant le diabète de type 2 peut être dépisté alors qu'une période déjà longue s'est écoulée. Voilà pourquoi il est indispensable de consulter l'ophtalmologiste au plus tôt, dès que le diagnostic de diabète est posé.

Il n'est pas possible de guérir la rétinopathie, mais tout peut être mis en œuvre pour en éviter la progression. La rétinopathie est aussi grave chez le diabétique de type 2 que chez le diabétique de type 1. Les lésions des autres structures de l'œil sont aussi plus fréquentes chez les diabétiques notamment âgés, dont beaucoup sont hypertendus : le glaucome, une cataracte, une DMLA vont assombrir le pronostic visuel et seront dépistés et pris en charge par l'ophtalmologiste.

La visite annuelle est indispensable, recommandée par la HAS, ce délai pouvant être espacé à deux



La rétinopathie est aussi grave dans le diabète de type 2 que de type 1

ans lorsqu'il existe un bon équilibre glycémique et en l'absence d'hypertension artérielle. Le soignant, et pourquoi pas dans un monde idéal le pharmacien, un auxiliaire de vie, un agent de télémédecine doivent (devraient) vérifier que cette surveillance est faite et motiver le patient si ce n'est pas le cas.

Ralentir la progression de la maladie rénale en contrôlant pression artérielle, équilibre glycémique et poids

Dans les années 1980, Mogensen avait publié une série montrant le pronostic péjoratif des diabétiques de type 2 présentant une microalbuminurie[8] : la mortalité, après 10 ans d'évolution étant 2 à 3 fois plus élevée que chez les diabétiques dont l'excrétion urinaire d'albumine était normale (< 20 mg/L ou 30 mg/j).

La microalbuminurie, qui est un marqueur de risque particulièrement pertinent, à la fois sur le plan rénal et cardiovasculaire, doit être dosée une fois par an et justifie, lorsqu'elle est présente, le déclenchement d'examens de dépistage de coronaropathie et une surveillance accrue de la fonction rénale. La prescription d'un bloqueur du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) est alors indiquée, le contrôle attentif de la PA est une priorité, avec une réelle possibilité de réversibilité, de réduction de la microalbuminurie ou de la protéinurie lorsque PA, glycémie et poids sont bien contrôlés.

Au stade IV, l'insuffisance rénale s'installe, avec une évolution vers la suppléance, et le patient diabétique hypertendu paie un très lourd tribut puisque cette situation pathologique est devenue la principale cause de la mise sous dialyse. Et pourtant, le contrôle strict de la PA avec une cible < 130/80 mmHg et un meilleur équilibre glycémique, la mise sous SRAA ralentissent la progression de la dégradation rénale. De même, il est indispensable de rechercher une uropathie obstructive lorsque la fonction rénale se dégrade et d'éviter les facteurs iatrogènes, tels que les produits iodés ou les AINS dont les effets peuvent être catastrophiques en l'absence d'hydratation adaptée. Les AINS sont très utiles et efficaces mais doivent être réservés aux pathologies inflammatoires même si les publicités télévisuelles suggèrent le contraire… Les douleurs doivent être traitées préférentiellement par des antalgiques, ce qui est très logique, et le patient mérite d'être informé du risque de toxicité des AINS sur la fonction rénale ! •

La dysfonction érectile, marqueur du risque cardiovasculaire

Pour conclure ce chapitre sur les complications, qui ne se veut pas exhaustif, quelques mots sur la dysfonction érectile (DE). Ce sujet, parfois malaisé ou gênant à aborder, n'est pas toujours facile à prendre en charge, mais certains patients l'évoquent parfois très régulièrement, car il génère une véritable souffrance. Il peut être vrai qu'un meilleur équilibre glycémique associé à une meilleure hygiène de vie améliorera le problème… Mais cela se révèle inexact la plupart du temps. Le diabète altère les échanges membranaires, modifie la structure des vaisseaux, augmente la production de toxiques (AGE), ce qui contribue évidemment à altérer la fonction érectile, qui nécessite une innervation correcte, une bonne vascularisation et une bonne perméabilité des membranes pour les transferts. Ainsi la DE est-elle plus fréquente lorsqu'il existe une neuropathie (elle est d'ailleurs « classée » comme une atteinte du système végétatif), mais c'est aussi souvent un marqueur du risque cardiovasculaire, et l'on ne peut que recommander chez ces patients un dépistage vasculaire et coronarien.

Il faut donc analyser le problème, rechercher la persistance d'érections matinales, expliquer que les traitements oraux par inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 permettent de maintenir l'érection durant l'acte sexuel sachant qu'ils nécessitent un délai avant d'être efficaces et que leur action est limitée dans le temps. Lorsque ces moyens pharmacologiques sont insuffisants, les injections de prostaglandines intracaverneuses peuvent être proposées mais nécessitent un apprentissage, et le recours à l'avis d'un urologue est souvent utile.

Les auteurs déclarent participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour des essais cliniques et travaux scientifiques, activités de conseil et conférences, actions de formation pour les entreprises Bœhringer-Ingelheim, BMS, LifeScan, Lilly, Merck Serono, MSD, Novartis, Roche Diagnostic, sanofi-aventis, Servier, et avoir été pris en charge à l'occasion de déplacement pour congrès (transport, hôtel, repas) par MSD, Novo-Nordisk…

1. ALD n° 8. Guide médecin sur le diabète de type 2. Actualisation juillet 2007. www.has-sante.fr
2. Fosse S, Jacqueminet SA, Duplan H, et al. Incidence et caractéristiques des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en France métropolitaine, 2003. Bull Epidémiol Hebdo 2006;10:71-3.
3. Denis P, Fagot-Campagna A, Samson S, et al. Une bonne nouvelle : la légère baisse du taux d'amputation chez les personnes diabétiques en France. Diabetes & Metabolism 2013 vol 39 01.
4. International Working Group on the Diabetic Foot. International consensus on the diabetic foot 2003. In: International Diabetes Foundation; Brussels. http://www.iwgdf.org
5. Lipsky BA, et al.; 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. Clinical Infectious Diseases 2012;54:1679-84.
6. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al. VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med 2009 Jan 8;360:129-39.
7. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, et al. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Diabetes Care 1993;16:434-44.
8. Mogensen CE. Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes. N Engl J Med 1984;310:356-60.

Recourir aux centres du pied : un réflexe à acquérir

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**

Les premiers signes cliniques au niveau du pied apparaissent après un délai très variable d'évolution du diabète de type 2, et il n'est pas rare qu'une complication podologique grave révèle très brutalement la maladie. D'où l'importance pour les acteurs de soins de premiers recours, tout particulièrement le médecin généraliste, de connaître l'existence d'un centre du pied dans son territoire de santé et d'y recourir face à une situation d'urgence et/ou lorsqu'un suivi spécialisé s'impose. Selon le Dr Clélia Debure, chef de service rééducation vasculaire de l'hôpital Corentin-Celton où elle a orchestré la mise en place d'un centre du pied opérationnel depuis dix-huit mois, le recours à ces structures reste insuffisant.

DR

Dr Clélia Debure

Pour corroborer ce constat, Clélia Debure présente plusieurs arguments :

– les statistiques établies sur les premiers mois d'activité du centre du pied de Corentin-Celton (centre de cicatrisation du pied du diabétique [CCPDia]) montrent qu'un patient sur deux vient spontanément, 2 patients sur 10 environ étant adressés par un spécialiste (endocrinologue, diabétologue), mais peu par un généraliste ;

– selon les résultats de l'étude française Opidia[1] menée dans 38 centres chez 291 patients ayant une plaie infectée, le taux d'amputation à un an est de 48 % ;

– d'après une étude récente présentée à la Société francophone du diabète[2], entre 2008 et 2011, le taux d'amputations distales a augmenté (46 % *vs* 50 %), alors que le taux d'amputations de jambe et de cuisse a légèrement diminué (19 % *vs* 18 %).

Un accès aux soins insuffisant

Ces données semblent indiquer que *« l'accès aux soins est insuffisant, soit parce que la filière de soins ne fonctionne pas comme elle le devrait, soit parce que le nombre de centres du pied reste insuffisant en France*, soit pour les deux raisons »*, déplore Clélia Debure, puis elle précise, *« c'est d'autant plus regrettable que, en Allemagne et en Grande-Bretagne, ces structures ont démontré en partie leur efficacité pour réduire le taux d'amputations distales malgré l'augmentation de la prévalence du diabète »*[3].

Trois lignes de soins

Les raisons de l'efficacité potentielle de ces structures, Clélia Debure les résume en décrivant le centre du pied idéal qui doit réunir toutes les compétences pour assurer trois lignes de soins : urgence médico-chirurgicale, revascularisation, podologie et orthèse pour suivi spécialisé en un seul lieu. *« Cette organisation est complexe, car le centre doit fonctionner 24 heures sur 24, avec un numéro d'appel dédié. Or, tous les centres ne disposent pas d'une équipe multidisciplinaire sur place (médecine et chirurgie vasculaires, radiologie interventionnelle, infectiologie). Ainsi, par exemple, le centre de Corentin-Celton travaille en partenariat avec l'Hôpital européen Georges-Pompidou au sein du GHU ouest-parisien pour assurer les urgences du pied du diabétique »*.

Une filière de soins grande ouverte à exploiter

In fine, selon Clélia Debure, améliorer la prise en charge du pied diabétique en optimisant le recours aux centres du pied est un objectif très important qui semble réalisable, car la filière est grande ouverte. En effet, explique-t-elle : *« La surveillance du pied des patients diabétiques par le médecin généraliste est bien codifiée et repose sur un examen clinique simple*[4]*. Les complications graves pourraient être évitées d'abord par des mesures simples s'intégrant dans le cadre d'une éducation thérapeutique de premier recours, puis, si nécessaire, grâce à un suivi spécialisé tel qu'il est possible du fait de l'organisation actuelle des centres du pied. Il serait encore souhaitable d'améliorer la palette de soins de ces centres* via *des programmes structurés d'éducation thérapeutique et une proposition systématique de soutien psychologique… mais il y a là un problème de moyens, et pour l'heure il s'agit surtout de permettre aux patients de bénéficier des ressources existantes »*.

Clélia Debure (clelia.debure@ccl.aphp.fr) déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

* La liste des centres est disponible sur le site de l'Association nationale de coordination des réseaux diabète (ANCRED) http://www.ancred.fr/prevention-lesions-des-pieds.html

1. Richard JL, Lavigne JP, Got I, et al. Prise en charge des patients hospitalisés pour pied diabétique infecté : résultats de l'étude française OPIDIA. Doi : 10.1016/j.diabet. 2010.10.003.
2. Denis P, Fagot-Campagna A, Samson S, et al. Une bonne nouvelle : la légère baisse du taux d'amputation chez les personnes diabétiques en France. Diabetes Metab 2013;39:A1-A20.
3. Malik RA, Tesfaye S, Ziegler D. Medical strategies to reduce amputation in patients with type 2 diabetes. Diabet Med 2013;30:893-900.
4. Tazi O, Debure C. Pied du diabétique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Dermatologie, 98-866-8-10, 2011.

entretien

Diversifier les modèles d'organisation des soins

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**

Face aux difficultés, tant quantitatives que qualitatives, de la prise en charge des patients ayant un diabète de type 2, diversifier les modèles d'organisation des soins est un pré-requis nécessaire. Cette condition pour optimiser les parcours de soins en assurant une prise en charge individualisée compatible avec les ressources au niveau des territoires de santé est valable pour chaque étape du parcours ; elle l'est tout particulièrement pour l'éducation thérapeutique des patients, clé essentielle et transversale de la prise en charge, comme l'affirme le Pr Serge Halimi (CHU de Grenoble), qui travaille sur cette problématique depuis plus de trente ans.

DR

Pr Serge Halimi

En termes de dépistage précoce, une étude récente menée chez les 18-74 ans a estimé qu'en France cette pratique n'était en défaut que dans 1 % des cas. « *C'est très peu, et le dépistage n'est donc pas au centre de la problématique du diabète de type 2,* commente le Pr Halimi, *mais les efforts doivent être ciblés en se portant en priorité sur des populations plus exposées dites vulnérables (notamment personnes âgées, migrants).* »

Insuffisance des actions de prévention et inertie médicale

« *En revanche, l'insuffisance de prévention de la dérive du poids liée en particulier à une sédentarisation (par exemple chez les jeunes retraités) est un réel problème* », déplore-t-il. Autre problème, l'inertie médicale. À ce sujet, il convient de distinguer deux types d'inertie médicale, précise le Pr Halimi : « *"L'inertie vraie", c'est-à-dire connaître les règles de bonne prise en charge et disposer de moyens thérapeutiques et ne pas y recourir (non-renforcement thérapeutique, par exemple) et la "pseudo-inertie", c'est-à-dire la décision délibérée d'un prescripteur de surseoir transitoirement ou durablement à un renforcement thérapeutique.* » Les raisons de cet « attentisme » ? Escompter plus de résultats des mesures hygiéno-diététiques ou encore considérer que « les objectifs glycémiques standard » ne sont pas nécessairement adaptés au cas du patient ; ce choix peut alors s'accorder avec les nouvelles recommandations selon lesquelles les HbA1c cibles ne sont pas identiques pour tous les patients. « *Cette fausse inertie qui reflète en fait une mauvaise appréciation d'une médecine de bon sens, sur mesure, est difficile à différencier de la vraie inertie, car toutes deux sont déterminées sur la base des prescriptions médicamenteuses* », explique le Pr Halimi, puis il poursuit : « *Il est vraisemblable que ceux qui sont dans la vraie inertie de renforcement thérapeutique et dans le manque de rigueur de la prise en charge thérapeutique dès le début de la maladie s'intéressent peu au dépistage et à la prévention fondée sur le style de vie* ».

Optimiser la coordination de tous les acteurs de soins potentiels

Mais pour nombre de médecins généralistes à qui incombe aujourd'hui le rôle de coordonnateur des soins, « *la question qui se pose dès le début de la prise en charge puis tout au long du suivi concerne les moyens d'en améliorer la qualité compte tenu de l'environnement thérapeutique existant* ». La question essentielle est bien là, et la réponse consiste d'abord en une approche globale motivationnelle. « *C'est, comme nous le verrons, toute la difficulté d'organiser une éducation thérapeutique de proximité* », prévient Serge Halimi. C'est aussi optimiser la communication et la coordination entre les acteurs de santé intervenant dans le parcours de soins. À cet égard, le volet médical de synthèse

Une approche globale motivationnelle sur le long terme

sera d'une grande utilité, « pourvu que ce document parvienne à tous les acteurs concernés : pharmacien, paramédicaux, biologiste, et aussi infirmières libérales ».

Revenant sur ces acteurs qu'il convient d'intégrer au parcours de soins, le Pr Halimi considère que *« le diabétologue libéral doit souvent intervenir avant que la situation ne devienne trop complexe, pour motiver les patients très tôt afin d'éviter la dérive de l'HbA1c et retarder la survenue des complications. Beaucoup d'autres indications d'un avis spécialisé ne sont pas liées à l'ancienneté du diabète (encadré). Le diabétologue hospitalier, quant à lui, se concentrera sur d'autres missions : gérer les situations complexes, le pied diabétique compliqué, développer les technologies (pompes à insuline, capteurs, thérapie cellulaire, télémédecine…) »*.

Parmi les acteurs qui pourraient utilement rejoindre l'équipe pluridisciplinaire de premier recours, les biologistes des laboratoires d'analyses médicales de ville. *« Ces professionnels sont motivés pour devenir acteurs de santé ; ils voient souvent les patients et ont une certaine proximité avec eux »*, remarque le Pr Halimi. De plus, avec l'individualisation des objectifs thérapeutiques, les rendus de résultats sont de plus en plus à nuancer, donc complexes : *« Pour preuve, la demie-page de commentaires pour le dosage du LDL-cholestérol ! S'il en est de même avec l'HbA1c, les patients (et les médecins) vont s'y perdre. Donc il serait utile d'intégrer ces professionnels de santé dans le parcours de soins afin qu'il puisse rendre des résultats personnalisés et éventuellement jouer un rôle pédagogique ou d'alerte auprès des patients et des prescripteurs : la loi les autorise notamment à ajouter des examens non prescrits en suivant les recommandations (ex : HbA1c) mais aussi à réfuter ceux dont la réalisation est inutile »*, souligne Serge Halimi.

Quant à l'implication des pharmaciens d'officine, *« elle est souhaitable, car en étant informés des fragilités des patients, ceux-ci pourraient, entre autres exemples, jouer un rôle en cas d'insuffisance rénale en vérifiant l'absence de produit néphrotoxique aussi bien sur les ordonnances qu'en automédication »*, remarque-t-il. Mais pour que ces professionnels de premier recours puissent s'impliquer dans l'ETP, *« il leur faudrait un espace de confidentialité et du temps à consacrer aux patients, et bien sûr des disponibilités pour se former à l'ETP »*.

La mise en place d'une ETP de qualité pose plusieurs questions

« C'est un grand bonheur d'entendre que tout le monde parle d'ETP, mais une profonde inquiétude de constater que peu savent précisément ce dont il s'agit », s'inquiète le Pr Halimi. De façon schématique, les principes de base d'une ETP de qualité sont la formation des professionnels la délivrant, l'élaboration de programmes structurés, validés et construits avec l'appui de patients (sinon c'est seulement de l'information ou de l'apprentissage). Tout cela est particulièrement chnonophage : 12, 15, 16 heures d'ateliers de formation pour les patients, avec des stages, des évaluations des acquis. *« Que le médecin traitant, coordonnateur des soins, s'implique dans l'ETP s'il est motivé et formé pour cela serait de loin une excellente solution. La question est : comment pourrait-il assumer à lui seul cette tâche, compte tenu du temps dont il dispose (12 à 18 minutes) pour une consultation et du temps qu'il lui faudrait*

Rôle potentiel du diabétologue au fil des étapes du parcours de soins

Étape diagnostique

Le diabétologue dispose d'un espace temps lui permettant d'expliquer l'histoire naturelle de la maladie, de mettre en perspective la nécessité de se soigner et les moyens de le faire. Ce temps d'information de qualité, de prise en compte de la globalité du patient n'est pas toujours possible pour nombre de médecins débordés.

Le diabétologue peut rectifier un diagnostic erroné de diabète de type 2 (10 % des cas) :

– diabètes génétiquement déterminés confondus avec le type 2 alors que la prise en charge est différente (objectifs thérapeutiques, risque de complications non liées au diabète pouvant échapper à la surveillance et au traitement spécifiques, nécessité de dépistages familiaux génétiques) ;

– diabète de type 1 lents nommés aussi LADA : ces diabètes de type 1 tardifs (40/45/50 ans, voire plus) sont souvent étiquetés diabète de type 2 alors que la prise en charge diffère (indication d'insuline très rapidement après un traitement oral rapidement inefficace).

Étape thérapeutique et suivi

L'intervention du diabétologue est à envisager pour tout diabétique véritablement difficile à équilibrer avant l'insuline et en dehors de toute question liée à l'observance. Les exemples sont nombreux :

– profils métaboliques complexes ;

– problèmes spécifiques à certaines personnes âgées (insuffisance rénale, dénutrition, risque infectieux, choix des antidiabétiques) ;

– obésité sévère (discussion de la chirurgie bariatrique qui va se développer), insulinothérapie transitoire… ;

– complications atypiques (digestives, gastro-parésies, rhumatologiques, neuropathies) ;

– situations déstabilisant le diabète (corticothérapie, anti-TNF alpha) ;

– complication évolutive, comme rétinopathie (révision des objectifs thérapeutiques).

dégager pour suivre une formation à l'ETP ? Certes, les maisons de santé pluridisciplinaires représentent une solution intéressante. Mais combien de médecins généralistes vont s'engager dans cette voie et quel sera le délai nécessaire pour que la montée en charge annoncée de ces structures soit effective ? Par ailleurs, les personnes vulnérables (migrants, personnes âgées) peuvent-elles y accéder ? Concernant les infirmières de santé publique du dispositif Asalée, leurs domaines d'intervention et leurs missions semblent très vastes (en plus du diabète de type 2, BPCO, cancer du sein, troubles cognitifs, sevrage tabagique), auront-elles la possibilité de tout assumer ? »

S'appuyer notamment sur les réseaux territoriaux

Pour toutes ces raisons, Serge Halimi déplore que les réseaux de santé, déjà bien positionnés au niveau des territoires, voient la pratique de l'ETP, en tant que telle, exclue progressivement de leurs missions. Deux arguments sous-tendent cet avis : *« En premier lieu, ces structures existent ; en second lieu, elles proposent des ateliers individuels et de groupe animés par des personnels paramédicaux formés. Or ces ateliers de groupe, qu'il sera très difficile d'organiser au cabinet, présentent divers intérêts : offrir aux patients un espace d'expression des difficultés et de partage des solutions d'entraide ; favoriser l'émulation pour la pratique de l'activité physique »*. De plus, avec un recul de plus de 25 ans d'organisation de sessions de l'ETP dans le service de diabétologie du CHU de Grenoble, Serge Halimi sait d'expérience que *« les patients se livrent parfois plus à d'autres qu'à leur médecin et en particulier volontiers à des paramédicaux dont la proximité semble plus grande : on ne dit pas à son médecin que* "ses objectifs sont trop stricts, ou que l'on n'est pas vraiment observant", etc. *Ainsi le besoin d'une sorte d'externalisation partielle de l'ETP se fait jour, pour permettre la liberté d'expression des patients, avec un retour vers le généraliste »*.

Vers une offre éducative de proximité ?

« In fine, insiste le Pr Halimi, *la mise en place de l'ETP ne pourra se faire que lentement, et une diversité des réponses paraît la seule stratégie pour répondre à l'objectif légitime d'en faire profiter le plus grand nombre. D'autant qu'avec environ 200 000 diabétiques de type 2 de plus par an en France et bientôt 4 millions de personnes concernées, selon les statistiques, il y a un problème de masse auquel se surajoutent de fortes inégalités territoriales de l'offre de soins. »* En cela, les expériences menées dans d'autres pays sont à considérer pour les reproduire en les combinant :

– en Suède, développement de maisons de santé pluridisciplinaires, ce qui permet aux médecins généralistes de déléguer beaucoup de tâches à des paramédicaux, et ainsi de consacrer plus de temps à la prévention, à l'ETP ;

– en Grande-Bretagne (et en Allemagne), mise en place régionale de programmes d'ETP (Desmond, Xpert) validés nationalement (avec des offres regroupées déclinées dans les villes, voire à la campagne) ;

– en Italie, développement de programmes d'ETP hospitaliers.

Revenant sur l'exemple italien, Serge Halimi remarque : *« À mon avis, l'ETP exclusivement hospitalo-centrée n'est pas adaptée au diabète de type 2 ; c'est pour cela que depuis plus de trois ans, nous avons "sorti" l'ETP de l'hôpital en mettant en place en ville ProxYDiab 38. Cette structure dédiée aux diabétiques de type 2 permet une offre éducative de proximité, hors réseau, y compris pour les patients sous une injection d'insuline basale »*. Conforme aux recommandations de la HAS, le programme éducatif y est dispensé par des professionnels paramédicaux dont certains travaillaient avant à l'hôpital. Jusqu'à présent, cette initiative a été financée grâce à des mécénats et à une participation de la CPAM de l'Isère ; un financement de l'ARS est espéré. *« Depuis le début de notre activité, plus de 1 000 patients diabétiques ont bénéficié de cette offre,* précise Serge Halimi. *C'est peu par rapport aux 18 000 diabétiques de type 2 potentiels de la région, mais nombre d'entre eux (migrants maghrébins ou d'Europe de l'Est notamment) sont très difficiles à atteindre. Nous prévoyons donc de travailler sur la prévention et le dépistage du diabète de type 2 en organisant des ateliers dans les quartiers défavorisés. ProxYDiab 38 sera ainsi un des modèles de structure intermédiaire dont le but principal est l'ETP mais qui constitue aussi une sorte de creuset pour toute une série d'actions dans des domaines en manque de réponses »*, conclut-il. •

Serge Halimi (SHalimi@chu-grenoble.fr) déclare être engagé dans des comité d'experts sur les inhibiteurs de la DPP-4, l'insuline, et donner des conférences rémunérées ou recevoir des invitations en tant que participant (avec prise en charge des frais afférents) à des congrès de Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Johnson & Johnson, Merck-Sharp & Dohme, Novo Nordisk, Roche Diagnostics, Sanofi.

Vers plus d'autonomisation des diabétiques de type 2 passés sous insuline

Parmi les enjeux majeurs de l'ETP, l'autonomisation, sans doute possible pour bon nombre de patients insulinotraités, lesquels sont de plus en plus nombreux : sur les 81 137 personnes qui sont passées à l'insuline en 2010, 20 % ont des soins infirmiers réguliers à domicile pour les injections, avec de grandes disparités régionales (cf. rapport de l'Igas), le coût unitaire par patient étant de l'ordre de 6 000 €.
De telles disparités ne trouvent pas de leur légitimation par la typologie des patients.