



LA FORMATION
DU MEDECIN
GENERALISTE

Le patient diabétique de type 2 *quand et comment passer à l'insuline ?*

Fabienne LAPALUS
2004

Septembre



Objectif général

Assurer le suivi d'un patient diabétique de type 2, mal équilibré, sur le plan :

- biomédical
- nutritionnel
- psychologique
- socio environnemental
- éducationnel



Objectifs de formation (1)

1. *Evaluer la situation du patient diabétique mal équilibré au plan :*

- Biomédical, en ce qui concerne le diabète, mais aussi les facteurs de risque associés
- Nutritionnel
- Psycho relationnel
- Socio environnemental
- Educationnel

2. *Rechercher les signes de déséquilibre du diabète*

3. *Mener un interrogatoire nutritionnel de base en se donnant des repères précis*

Repérer les erreurs du patient dans son alimentation et leurs causes

Savoir utiliser les résultats pour donner des conseils adaptés au patient



Objectifs de formation (2)

- *Motiver le patient et justifier la nécessité de passage à l'insuline pour obtenir une bonne observance*
- *Eduquer le patient à l'auto surveillance de son diabète lors du passage à l'insuline*
- *Prescrire l'insuline et adapter les posologies aux résultats de l'auto surveillance du diabète*
- *Expliquer les modalités de cette adaptation au patient*



Diabète : le contexte

étude ENTRED 2001

- *Plus de 2 millions de personnes traitées en France*

la prévalence a augmenté de 3,2% entre 1998 et 2000

- *52% > 65 ans avec un dg posé en moyenne à 52 ans*

- *93% ont au moins un FRCV associé*

Cholestérol (51%) HTA (54%) Surpoids (41%) – Obèse (34%) 50% ont fumé

- *39% ont développé une complication micro ou macrovasculaire*

- *58% ont un lecteur de glycémie et 93% disent l'utiliser*

- *A âge égal, doublement des coûts de santé*

(le coût augmente si HBA1C > 7%)



Insuline

étude ENTRED 2001

- Age moyen de début : 52 ans
- Mise en place :
 - 81% à l'hôpital
 - 14 % à domicile
 - 5% au cabinet
- 44% traités depuis moins de 5 ans
 - 33% depuis 10 ans ou plus
 - 17% depuis 1 an ou moins
- Environ 8% des diabétiques de type 2 reçoivent une insulinothérapie, seule ou associée



Prise en charge : le patient

étude ENTRED 2001

Les diabétiques sont très satisfaits de leur prise en charge médicale (85%)

Leur plus grande difficulté est de suivre tous les jours les conseils diététiques (50%).

15% trouvent difficile de prendre les médicaments ou l'insuline

Un traitement par insuline est très fortement lié à une moins bonne qualité de vie

Effectuer soi même les injections est lié à une meilleure qualité de vie que par l'IDE



Prise en charge : le MG

étude ENTRED 2001

*87% des MG se disent informés des recommandations,
mais 3 médecins sur 4 ne sont pas très satisfaits des soins
qu'ils délivrent*

Principales difficultés :

- le manque de temps (61%)*
- La difficulté à trouver un diététicien (60%)*
- Le manque de matériel d'éducation adapté (59%)*
- La difficulté à fournir des conseils hygiéno diététiques (56%)*



Une situation modélisante

Le diabète est un très bon exemple de maladie chronique

La maladie chronique se soigne dans la durée, ne guérit pas, est mieux prise en charge dans la continuité et le cadre de vie global du patient

Le Médecin Généraliste a la légitimité pour prendre en charge la santé et non seulement la maladie de ses patients, qu'il connaît dans la continuité et la globalité



Une situation modélisante

Le problème chronique diffère du problème aigu par l'existence de traitements qui :

- Ne sont pas seulement médicamenteux
- Sont de longue durée et d'observance délicate
- Sont prescrits en phase asymptomatique
- Interfèrent avec les habitudes, les contraintes ou les projets des patients
- Sont de la responsabilité du patient nécessitant un apprentissage



Objectifs de la prise en charge

Maintenir l'équilibre glycémique et tensionnel pour prévenir ou stabiliser la microangiopathie

Lutter contre les FRCV, déterminant de la macroangiopathie

Avoir le moins possible d'effets indésirables

Respecter la qualité de vie du patient

Impliquer le patient dans la gestion de sa maladie



Pourquoi contrôler la glycémie ?

La baisse d'1 point de HBA1C :

- diminue la mortalité due au diabète de 10%, quel que soit le traitement*
- diminue d'environ 20% la fréquence des complications*

UKPDS Lancet 1998



Pourquoi contrôler la glycémie ?

Une stratégie de contrôle stricte de la glycémie réduit le développement et la progression des complications microvasculaires et de la neuropathie par rapport au traitement conventionnel

UKPDS Lancet 1998



Les autres facteurs

Le risque de complications du diabète ne dépend cependant pas que de la glycémie.

D'autres facteurs interviennent :

- cholestérol
- activité physique
- HTA
- excès de poids
- tabac
- facteurs génétiques



Après une dizaine d'années d'évolution d'un diabète de type 2, un traitement par insuline devient nécessaire une fois sur 2 (diabète insulinorequérant ou insulinoécessitant)



Décalage entre les recommandations et les pratiques de soins primaires

Pourquoi ?

- *Insuffisance du système de soins*
(non remboursement de certaines prestations)
- *Action des médecins axée sur surveillance ciblée plutôt que systématique*
- *Réticences des patients et compétences insuffisantes des médecins en éducation du patient*
- *Cloisonnement entre les métiers*

Etude SDM

Attali C, Varroud Vial M, Simon D rev prat MG 2000