

TRIBUNE LIBRE

Diabète de type 2 : la différence entre le 1^{er} et le 3^e recours



ESIP

La prise en charge, en médecine générale, des patients diabétiques de type 2 est souvent critiquée. Que penser de ces critiques à la lumière des données épidémiologiques recueillies en médecine générale et de la pratique de terrain ?

Par **Didier Duhot, Pierre Ferru, Bernard Gavid, Olivier Kandel, François Raineri.**

Société française de médecine générale (SFMG), 141, avenue de Verdun, 92130 Issy-les-Moulineaux.

Courriel : sfmg@sfmg.org

Site Internet : www.sfmg.org

La prise en charge, en médecine générale, des patients diabétiques de type 2 est souvent critiquée : une majorité des praticiens n'entretiendraient leurs connaissances qu'avec la visite médicale ; ceux qui liraient les revues de formation continue feraient insuffisamment la synthèse de ces informations ;¹ un nombre important de patients diabétiques ne seraient pas traités, car non dépistés ;² souvent, les médecins généralistes se contenteraient de dire « qu'ils ont un peu de diabète dans le sang ou trop de sucre » à leurs patients.³ Que penser de ces critiques à la lumière des données épidémiologiques recueillies en médecine générale et de la pratique de terrain ?

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE DES DIABÉTIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Quel est le nombre réel de patients diabétiques non diagnostiqués ?

En 2002, le nombre de glycémies pratiquées en ambulatoire et remboursées par la Cnam a été d'environ 17 millions (chiffre fourni par la Cnam à l'Anaes pour le groupe de travail sur les modalités de dépistage du diabète) sans compter celles pratiquées à l'hôpital. Une étude rétrospective sur les bases de données de remboursements de l'assurance-maladie de l'échantillon permanent des assurés sociaux a montré que le pourcentage des personnes non diabétiques âgées de 40 ans et plus, ayant eu une ou plusieurs glycémies en 2000 ou en 2001, était de 60 %. Ce chiffre atteignait 80 % pour les patients au-dessus de 60 ans.

Aucune étude française en population générale non sélectionnée n'est actuellement disponible pour connaître le nombre réel de patients diabétiques non diagnostiqués et il serait pour le moins hasardeux d'avancer un quelconque chiffre. Avec beaucoup de circonspection et en l'entourant des limites néces-

saires, le groupe de travail sur les modalités de dépistage du diabète de type 2 réuni par l'Anaes avance en extrapolant un chiffre de 600 000 diabétiques non connus. On sait ce que valent les extrapolations !

Comment sont suivis les patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes ?

Les données françaises sont ici plus nombreuses.

HbA1C. Dès 1999 (année de parution de la recommandation de l'Anaes instituant le suivi du diabétique par l'HbA1c) entre 50 et 60 % des patients bénéficiaient au moins d'une mesure de ce marqueur dans l'année.^{4,5} Selon l'audit réalisé par les médecins du CLEAP,⁶ le taux de patients bénéficiant de 3 ou 4 mesures de l'HbA1c dans l'année est passé de 50 % en 1999 à 60 % en 2000.

Selon une autre étude réalisée en 2000,⁵ 60 % des diabétiques étaient bien contrôlés (HbA1c inférieure à 6,5 %).

Insuline. Selon une étude de la SFMG,⁴ 20 % des diabétiques de type 2 sont sous insuline (seule ou avec ADO).

Amputation. La SFMG a demandé aux membres de son réseau de médecins informatisés d'étudier les dossiers de leurs patients diabétiques de type 2 vus en 2002. Les 47 médecins qui ont répondu dans un délai très court de 2 semaines, ont vu, en 2002, 1 520 diabétiques de type 2 ; 15 d'entre eux avaient subi une amputation. Nous n'avons pas trouvé de données comparables en médecine générale en France.

QUE PENSER DE CES DIVERS ÉLÉMENTS ?

Une fois sortis du cabinet médical, les patients font ce qu'ils veulent ; ils ont l'alimentation et l'exercice de leur choix. C'est une des principales différences entre la médecine « couchée » hospitalière et la médecine « debout » ambulatoire, mais elle conditionne

DIABÈTE DE TYPE 2

bien des choses. À ce titre, la SFMG a rendu un avis négatif concernant les référentiels Anaes portant sur le suivi des patients diabétiques de type 2 en soins primaires pour cette même confusion logique.⁷ Si le médecin de soins primaires peut être évalué sur la pertinence et la qualité de l'information apportée au patient, il ne peut pas être évalué sur les modifications comportementales qu'un tiers accepte d'entreprendre et de poursuivre dans le temps, car elles sont multifactorielles.

Les comparaisons de données issues d'activités différentes doivent être entreprises avec les plus grandes précautions. Il faut d'abord s'assurer que les populations étudiées sont les mêmes. Dans un service de diabétologie d'un hôpital universitaire, les praticiens ont un statut de troisième niveau, et reçoivent donc en consultation des patients plus difficiles à prendre en charge ou ayant des complications plus importantes. C'est ce qu'on appelle un biais de recrutement, qui fait entrevoir une pathologie sous un aspect particulier.

Les recommandations doivent être adaptées aux pratiques des professionnels à qui elles sont destinées ; il faut un temps minimal avant qu'elles s'imposent à ces professionnels. Ainsi, avant 1999, l'hémoglobine glyquée n'était pas le critère principal de suivi du diabète de type 2 et les RMO recommandaient même de ne pas trop en pratiquer. Les recommandations de l'Anaes de 1999 et 2000 ont permis de mettre en place les changements nécessaires dans le suivi de ces patients.

CONCLUSION

Assumer l'imperfection, respecter ce que le patient veut ou peut faire actuellement, pour l'aider à accepter le « souhaitable » est une préoccupation du médecin généraliste, qui s'inscrit totalement dans la démarche d'éducation pour la santé.

Si tout n'est pas encore parfait, les médecins généralistes réfléchissent, analysent leur pratique et la prise en charge des patients diabétiques, afin d'améliorer le service rendu. ■

Références

- 1 Philippe PASSA. La prise en charge des diabétiques est médiocre : pourquoi ? Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 (452) : 385-87.
- 2 Philippe PASSA. Diabète de type 2 : le dépister est simple. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 (564) : 247-9.
- 3 Philippe PASSA. Diabète : le diagnostic ne résout pas tous les problèmes. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (615) : 725.
- 4 Duhot D, Vallee J, Collignon Portes R, Clerc P. Follow up quality with HbA1c among patients with type 2 diabetes consulting in french primary care, European Congres of WONCA juin 2002.
- 5 Claude Attali et al. Prise en charge des diabétiques de type 2 : en décalage par rapport aux recommandations. Rev Prat Med Gen 2000 ; 14 (505) : 1347-2. http://www.sfm.org/Publication/Articles_autres/Poster%20Diabète%20Wonca%202002.pdf
- 6 Buisson JG, Buchon D, Moulin JL. Surveillance des patients diabétiques de type 2. Résultats des 2 tours d'un audit de pratique, Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 (570) : 554-8
- 7 Martinez L, Arnould P, Duhot D, Kandel O, Raineri F. Étude de la sensibilité de 12 référentiels expérimentaux d'évaluation des pratiques professionnelles. Commande d'expertise par l'ANAES mai 2002. <http://www.sfm.org/expertise/referenciel-ANAES.pdf>

Service exclusivement réservé à nos abonnés



Abonné à l'une de nos revues,
vous pouvez accéder au fonds éditorial
des trois dernières années
de parutions,
en vous inscrivant

sur le site

www.33docpro.com

33
doc
pro.com
www.33docpro.com