



Politiques de prévention

L'importance de la consultation médicale
autour des habitudes de vie

Colloque organisé par la Fondation PiLeJe

Mercredi 19 septembre 2012



PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA CONSULTATION MÉDICALE AUTOUR DES HABITUDES DE VIE

DOCTEUR LUC MARTINEZ

MÉDECIN GÉNÉRALISTE À BOIS D'ARCY (78)

VICE PRÉSIDENT DE LA SFMG

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ À L'UPMC

MISSIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- La loi HPST* définit les soins de premiers recours et les missions du médecin généraliste dans ce secteur des soins
- Parmi ses missions, le médecin généraliste doit :
 - Contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé ;

* LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Les patients

Sont au centre de la décision
de changement des habitudes de vie

En attente d'un bénéfice
+/- immédiat

- *Perte de poids*
- *Amélioration des paramètres biologiques*
- *Meilleure qualité de vie*

Les médecins

Sont au centre de la prescription
de changement des habitudes de vie

En attente d'un bénéfice
Relativement immédiat

- *Pour satisfaction professionnelle*
- *Pour la valorisation de la fonction peu évidente pour la prise en charge des maladies chroniques ou la prévention*

La Société

Les patients

Incitateur de

- +/- d'économies de la santé
- Pour une meilleure santé publique
- Minimiser les pertes de productivité

En attente de bénéfice à plus long terme sur un plan médico-économique

- Amélioration de la santé de la population
- Au meilleur coût

Les médecins

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DU DIABÈTE (DPP) AUX ETATS UNIS¹

- Etude randomisée menée entre 1996 et 2001, avec une phase d'extension de 7 ans (2002-2011),
- qui a comparé l'effet d'un programme de changement des habitudes de vie à celui de la metformine ou du placebo,
- Objectif : prévenir ou retarder l'apparition du diabète
- Chez des patients à haut risque de diabète de type 2.

1 The diabetes prevention program research group. *Diabetes care* 1999; 22:623

SCHÉMA DE L'ÉTUDE DPP – PHASE INITIALE DE 3 ANS

Sujets de ≥ 25 ans
Haut risque de
diabète

- Surpoids
- Intolérance glucose

PLACEBO

Conseils d'hygiène de vie (brochure imprimée
+ 1 session individualisée par an de 30 mn)

Metformin : 850 mg*2

Conseils d'hygiène de vie (brochure imprimée
+ 1 session individualisée par an de 30 mn)

Programme intensif de changement des
habitudes de vie, individualisé par moniteur

- 16 séances individuelles les 24 premières semaines centrées sur le régime alimentaire et l'activité physique
- 1 séance mensuelle de renforcement de l'adhésion

EXTENSION DU PROGRAMME DPP – DURÉE 7 ANS

- La phase de transition de 1 an
 - Un programme éducatif en groupe de 16 sessions de 1h00 réparties sur 6 mois
 - Offert à tous les participants de DPP
- La phase d'extension de 5 ans
 - Une session éducative, en groupe, offerte trimestriellement à tous les participants.
 - + 2 sessions par an offertes au groupe intervention

RÉSULTATS - BÉNÉFICES CLINIQUES^{1,2,3}

Caractéristiques	placebo	metformine	intervention
Nombre de sujets	1082	1093	1079
Age (an)	50,3	50,9	50,6
Poids Initial (Kg)	94,3	94,3	94,1
Poids à 3 ans	94,1	92	89,2*
Poids à 10 ans	93,2	91,8	91,8*
Activité physique initiale (h/semaine)	3	2,9	2,7
Activité physique à 3 ans	3	3	3,8*
Activité physique à 10 ans	2,7	2,5	2,9

1 Diabetes prevention research group. *N Engl J Med* 2002; 346:393

2 Venditti. *Int J obes* 2008; 32:1537

3 Diabetes prevention program research group; *Lancet* 2009; 374:1677

RESULTATS – PRÉVENTION DU DIABÈTE^{1,2,3}

Caractéristiques	placebo	metformine	intervention
Incidence à 3 ans (n : cas pour 100 personnes*années)	10,8	7,7	5,0*
Réduction de l'incidence diabète à 3 ans (%)	Comparateur	31%	58%
Réduction de l'incidence diabète à 10 ans (%)		18%	34%
Délai de survenue du diabète (année)		2	4

1 Diabetes prevention research group. *N Engl J Med* 2002; 346:393

2 Venditi. *Int J obes* 2008; 32:1537

3 Diabetes prevention program research group; *Lancet* 2009; 374:1677

RÉSULTATS - ADHÉRENCE AU TRAITEMENT¹

Adhérence (%)	placebo	metformine	intervention
Adhérence à 3 ans	72%	77%	95%
Adhérence à la fin de la phase de transition (4 ^{ème} année)	57%	58%	40%*

PERSPECTIVE SOCIÉTALE – EFFICIENCE¹

	Intervention vs. placebo	Metformine vs. placebo	Intervention vs. metformine	Intervention groupe vs. placebo
Différence de coût* (Δ coûts)				
Coûts médicaux directs	1226 \$	-159 \$	1384 \$	-323 \$
Coûts de production †	2656 \$	-196 \$	2852 \$	1107 \$
Différence de résultat (Δ R)*				
Différence de QALY †	0,12	0,02	0,10	0,12
Ratios différentiels coût-résultat (Δ coût/Δ R)				
Coûts médicaux directs	10037 \$	Coût moindre	13420 \$	Coût moindre
Coûts de production †	21743 \$	Coût moindre	27638 \$	9059 \$

* Coûts et résultats sont actualisés

† les coûts liés au temps passé par les participant n'est pas inclus.

1 DPP research group. *Diabetes Care* 2012; 35:723

- Le « Finnish Diabetes prevention study ». Lindstrom. *Lancet* 2006; 368:1673
 - Sujets à haut risque de diabète randomisés soit dans le groupe « soins habituels », soit dans le groupe « intervention » (7 séances éducatives individuelles de 1h la première année, puis 4 fois par an pendant 2 ans portant sur la diététique et la pratique d'une activité physique)
 - Diminution de l'incidence du diabète, du poids et augmentation de l'activité physique maintenus à 3 ans et à 6 ans
- Le PNNS (Programme national nutrition santé). Hercberg. *Médecine des maladies métaboliques* 2009; 3:207
 - Plan de santé publique débuté en 2001, prolongé en 2006 pour 5 ans.
 - Campagnes médiatiques, diffusion de guides destinés aux patients, d'outils destinés aux professionnels de santé. Actions locales impliquant les professionnels de santé.
 - Signes encourageants concernant l'évolution de l'alimentation et de l'activité physique, stabilisation du surpoids
 - Relation de cause à effet difficile à affirmer

MESSAGES CLÉS POUR L'IMPLICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Interventions complexes (information et éducation des patients, soutien psychologique pour dépasser les freins à l'adhésion au traitement)
- Interventions coordonnées de différents acteurs
- Lourdeur des procédures qui impose de consacrer du temps aux interventions
- Dans ce contexte
 - Le paiement à l'acte est non favorable à l'implication du médecin généraliste et ne l'encourage pas à passer du temps avec son patient (Rochaix, Revue d'Economie Financière 2004;76:223)
 - L'absence de rémunération spécifique agit dans le même sens
 - La nécessité de coopération entre professionnels de santé non favorisée par l'organisation des soins en France

CONCLUSION

- Il serait illusoire de penser que les médecins généralistes peuvent seuls intervenir dans la modification des habitudes de vie
- D'autre part, il n'y a pas de système réussi sans bénéfice pour chacun des acteurs du système
- Les médecins généralistes apporteront leur part de contribution, et leur investissement sera proportionnel au bénéfice reçu.