

CONFERENCE DE CONSENSUS SUR LE DIABETE A LA REUNION ET A MAYOTTE

Soyons plus fort que le diabète



1

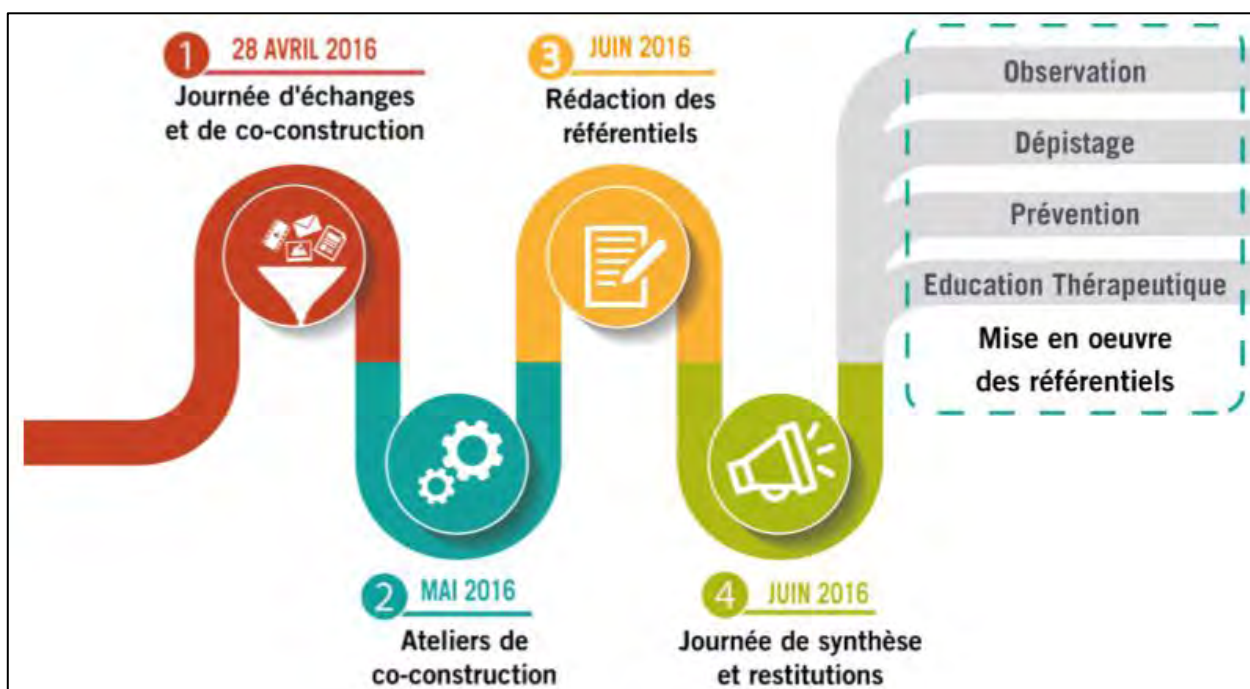
Référentiel
PREVENTION
CIBLEE

PREFACE

Une conférence de consensus pour amplifier la dynamique de lutte contre le Diabète

Parce que la lutte contre le diabète est une priorité régionale, l'ARS Océan Indien, en association avec ses partenaires, a ouvert une Conférence de consensus le 28 avril 2016. Pour la 1ère fois, une centaine d'acteurs et de patients, de La Réunion et de Mayotte, se sont réunis afin de définir ensemble le contenu des actions à mettre en

œuvre, et les conditions de leur efficacité, pour améliorer la prévention du diabète et l'accompagnement des malades. Toute la démarche se structure autour de 5 enjeux : l'observation du diabète dans les deux îles, le dépistage, la prévention primaire, la prévention ciblée et l'éducation thérapeutique.



Construire collectivement des référentiels

Cette démarche de conférence de consensus a permis d'élaborer, avec les acteurs des 2 îles, en s'appuyant sur l'expérience des actions passées ou en cours ainsi que sur les recommandations nationales ou internationales existantes, **des référentiels d'actions synthétisant les modalités d'actions faisant l'objet de consensus.**

Ces référentiels, apportent un cadre stratégique et opérationnel aussi bien aux financeurs qu'aux acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre des **PRAANS Réunion et Mayotte.**

Ce sont près de **73 acteurs, Réunion et Mayotte confondus** qui se sont impliqués dans la démarche en participant aux ateliers de co construction (**10 ateliers à la Réunion et 12 ateliers à Mayotte**) donnant suite à la journée de lancement de la conférence. Celle-ci s'est tenue le 28 avril 2016 à la Réunion avec **130 participants** dont une **délégation mahoraise de 25 personnes.**



Un référentiel pour La prévention ciblée

Aujourd'hui, les données de la science et de la recherche nous permettent d'identifier des « facteurs de risque » qui peuvent annoncer ou favoriser l'apparition du diabète de type 2. Il convient alors de développer des actions de prévention spécifiques à destination des populations présentant un ou plusieurs de ces facteurs de risque, on parle alors de prévention ciblée. Cependant quelles sont les cibles les plus pertinentes ? Quelles sont les modalités d'actions les plus efficaces ? Comment les déployer ? Autant

de questions dont les réponses restent à construire.



Ce référentiel a pour objectif de présenter les stratégies d'actions, les modalités de leur mise en œuvre, les critères de qualité, qui ont fait consensus auprès des participants à la démarche.

Les participants

Réunion



Atelier 1 : 2 Juin 2016

Atelier 2 : 16 Juin 2016

- Dr Le Moullec Nathalie - CHU Réunion
- Mme Baillieux Diane - Mutualité de la Reunion
- Dr Hoareau-Duchaine Sandrine - DJSCS
- Mme CHOPINET-DIJOU Stelly - ARS OI
- M. CAMPO Patrick - ARS OI
- M. TURPIN BRUNO Mutualité de la Réunion
- Dr FAVIER François INSERM/CHU
- Mme COUDERC Nora - Challenges des seniors 974
- Mme CHAUSSADE Catherine - ARS OI
- Dr SIMONPIERI Jean-Marc - ARS OI
- Dr DOUSSIER Eric - CICEC
- Dr REGNIER Céline - CHGM St Paul
- Mme ALBERTO Mailys - ADN 974

Animateurs : Cédric PEDRE – IREPS Réunion

Les participants

Mayotte



Atelier 1 : 2 Juin 2016

Atelier 2 : 16 juin 2016

- Mme EYGONNET Frédérique - médecin PMI
- ABDOUROIHAMANE Salimata - CSSM
- M. THIRIA Julien - ARS
- Dr TOUL Dominique - CHM
- M. CANDAES Hugues - RédiabYlang

Animateurs :

- Dr Gataa Mirasse - Rédiabylang976
- Mme MARTIN Pauline - IREPS Mayotte

INTRODUCTION

Les travaux menés dans les ateliers dédiés à la prévention ciblée qui ont eu lieu à la Réunion et à Mayotte ont permis de faire émerger des consensus forts sur la prévention ciblée du diabète dans ces 2 territoires. Si la plupart des consensus sont communs aux 2 îles, certains spécifiques au territoire de Mayotte ont émergés, ils seront repérés dans le présent référentiel par le pictogramme que l'on retrouve à la droite de ce paragraphe.



Ce référentiel dédié à la prévention ciblée du diabète de type 2 apporte un cadre au développement des actions de prévention en direction des personnes chez qui un ou plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. La première partie de ce document rappellera la notion de prévention ciblée et son articulation avec les autres enjeux de la conférence de consensus.

Vous retrouverez par la suite les objectifs, les priorités et les recommandations opérationnelles qui ont fait consensus auprès des acteurs ayant participé aux ateliers de co-construction. Que ce soit pour la Réunion ou pour Mayotte on constate que, de par leur nature, les actions de prévention ciblées intègrent :

- une dimension relative au dépistage (au repérage des facteurs de risque),
- une dimension relative à la prévention primaire (éducation nutritionnelle)
- une dimension relative à l'éducation thérapeutique

C'est pourquoi, il conviendra d'envisager les actions de prévention ciblées en lien étroit avec les autres enjeux :

OBSERVATION – DEPISTAGE – PREVENTION PRIMAIRE – EDUCATION THERAPEUTIQUE

Ainsi, l'usage de ce référentiel doit s'envisager en complément des autres référentiels issus de la cette conférence de consensus sur le Diabète de type 2 sur les 2 îles.



LA PREVENTION CIBLEE

LE DIABETE GESTATIONNEL

LE PRE DIABETE

CONSENSUS 1 : LE PRE DIABETE, LA CIBLE PRIORITAIRE DES ACTIONS 1 :

SYSTEMATISER LE DESPISTAGE ET LE SUIVI DU DIABETE GESTATIONNEL



CONSENSUS 2 : DES ACTIONS QUI PARTAGENT LES CRITERES DE LA PREVENTION PRIMAIRE

CONSENSUS 3 : LE SUIVI MEDICAL

CONSENSUS 4 : L'ACCOMPAGNEMENT MOTIVATIONNEL

6

CONSENSUS 5 : DES PROGRAMMES SPECIFIQUES POUR LES INDIVIDUS LES PLUS A RISQUE

CONSENSUS 6 : LA COORDINATION UN ENJEU MAJEUR POUR UNE LOGIQUE DE PARCOURS

CONCEPTS ET DEFINITIONS

La prévention selon RS. Gordon (1982): une classification sur la population cible

☞ (Rapport Flajolet, Annexe1, La prévention : définitions et comparaisons)

A l'instar de l'OMS, RS. Gordon établit en 1982 une classification de la prévention en 3 parties. Cependant, là où l'OMS établissait une distinction fondée sur le stade de la maladie, RS Gordon prit appui sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre.

Ainsi, il distingua : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.

La prévention universelle

- **La prévention universelle** est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fait donc partie intégrante de cette acception de la prévention, le champ dit de « l'éducation pour la santé » qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.

La prévention sélective

- **La prévention sélective** s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Ainsi, des campagnes telles que la promotion de la ceinture de sécurité, la promotion de l'activité physique ou encore de la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.

La prévention ciblée

- **La prévention ciblée** est non seulement fonction de sous-groupes de la population **mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques** à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes, ...)

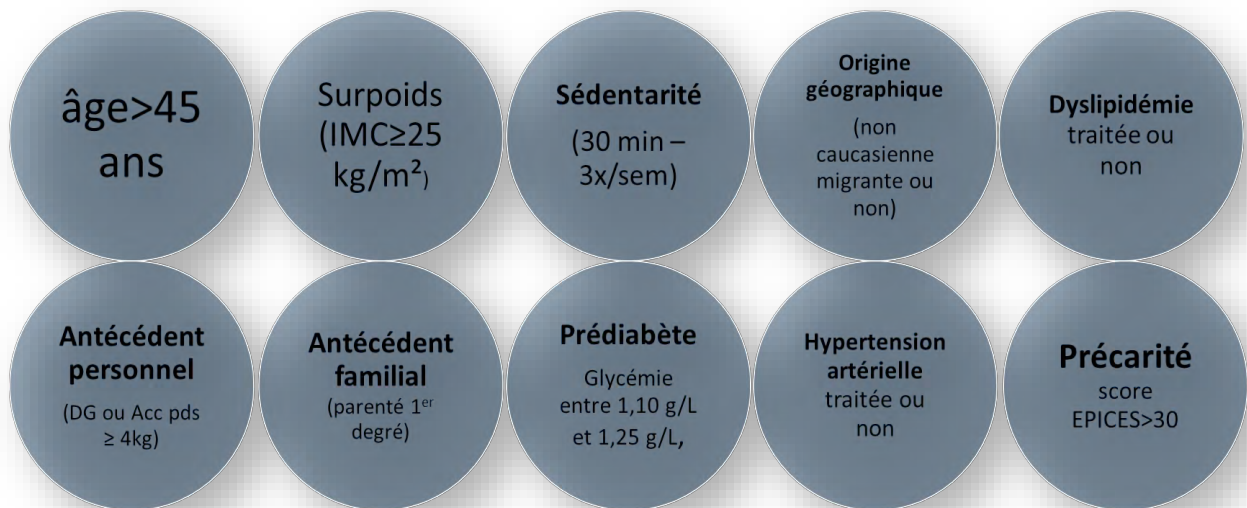
POURQUOI UN REFERENTIEL POUR LA PREVENTION CIBLEE ?

Les travaux préparatoires de la conférence de consensus ont mis en lumière de nombreuses actions à destination de personnes présentant des facteurs de risque (obésité, diabète gestationnel, ...) correspondant à la notion de prévention ciblée. Il apparaissait alors difficile d'inscrire ces actions aussi bien dans le cadre de la prévention primaire que dans celui de l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs les données concernant les facteurs de risque du diabète dans la population réunionnaise (évolution démographique, prévalence du surpoids et de l'obésité, prévalence du diabète gestationnel, la précarité, ...) sont telles qu'il apparaissait pertinent et nécessaire d'inclure un travail spécifique à la prévention ciblée dans le cadre de cette conférence de consensus.

Les facteurs de risque du diabète de type (HAS)

8



Les recommandations de l'HAS définissent ces 10 facteurs comme des prédicateurs fiables d'apparition du diabète de type 2. La cumulation de ces facteurs permet d'évaluer le risque de déclaration de la maladie. Ainsi des outils de type « questionnaires » (questionnaire « FIND RISK ») ont été élaborés et validés pour repérer les personnes les plus à risque.

Le repérage des sujets à risque, un enjeu déterminant des parcours

Si l'on considère les facteurs de risque du DT2 et la possibilité d'évaluer les risques de son apparition, le repérage des sujets les plus à risque devient déterminant pour le parcours de prise en charge de la maladie mais aussi dans le cadre « du parcours de prévention » :

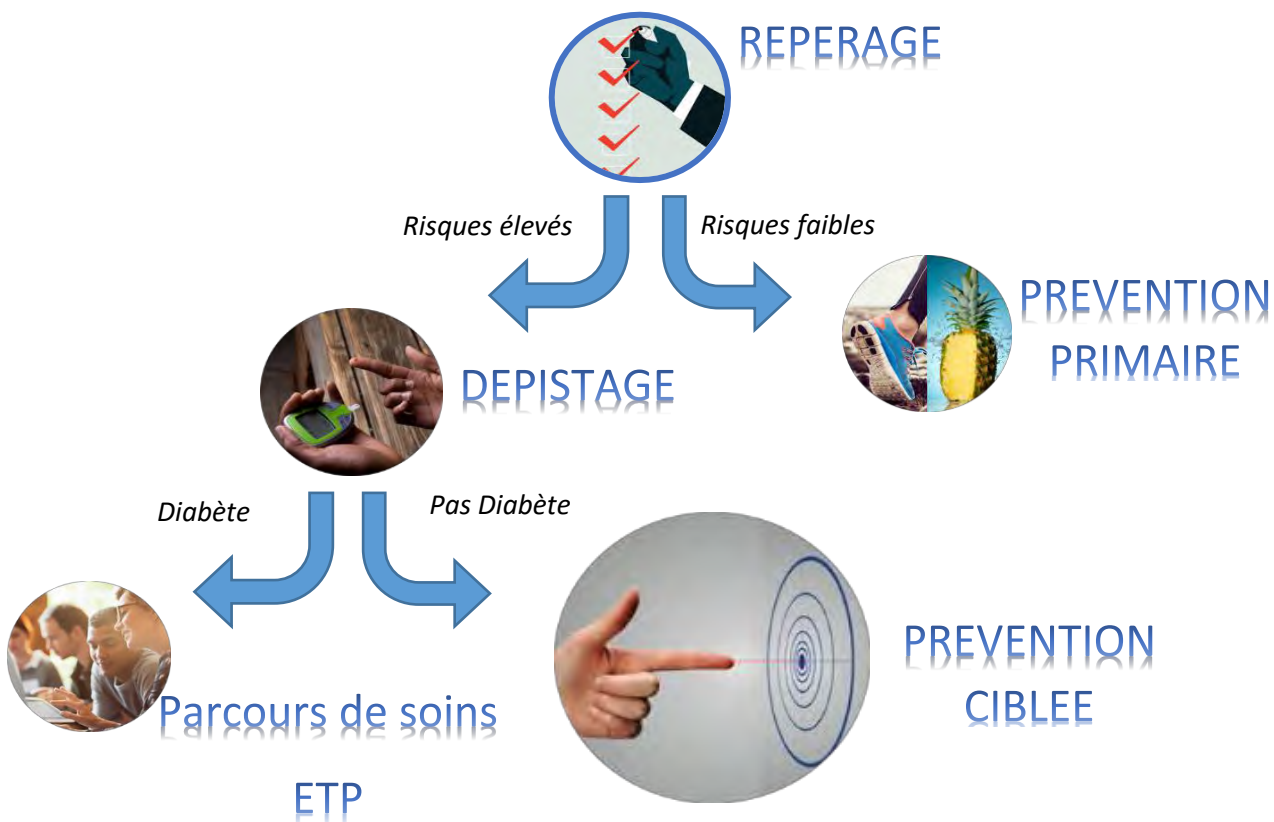
Actions ayant montré leur efficacité dans la prévention du diabète de type 2

La prévention du diabète repose sur l'éducation nutritionnelle et une amélioration de l'hygiène de vie (activité physique, alimentation équilibrée réduite en graisses, réduction pondérale) et l'obtention d'un changement durable de ces comportements.

- Les résultats des essais de prévention du diabète sont concordants et apportent des arguments forts en faveur de la possibilité de prévenir ou de retarder la survenue d'un diabète de type 2 chez des sujets à haut risque.
- Les études ayant associé une réduction de poids et une augmentation de l'activité physique concordent vers une diminution de la prévalence du diabète de type 2.
- La réduction de la consommation de graisses animales, en particulier d'acides gras saturés, et l'augmentation des apports en fibres alimentaires permettent un meilleur contrôle du poids.

HAS

9



LE DIABETE GESTATIONNEL

Définition

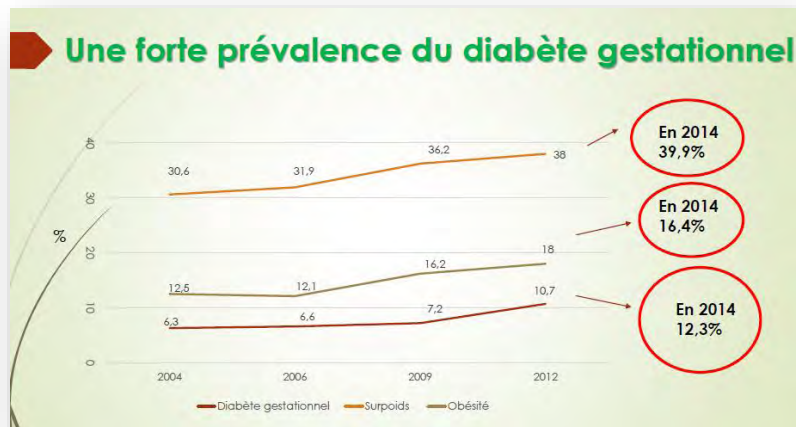
Selon la définition de l'OMS : le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

On retrouve parmi les risques encourus aussi bien chez la mère que chez l'enfant celui de développer un diabète de type 2.

☞ **Le diabète gestationnel est l'une des complications les plus fréquentes de la grossesse.**

La situation réunionnaise

(Dr Nathalie LEMOULLEC – CHU Réunion)



10

12,3%

Prévalence du diabète gestationnel à la Réunion en 2014

Fort risque de diabète de type 2 après un diabète gestationnel

Le diabète gestationnel = un des plus puissants prédictors du DT2 avec une incidence cumulée de 2,6% à 70 % de 6 semaines à 28 ans dans le post-partum

Risque relatif de 7.7 de développer un DT2 chez des femmes avec antécédent de DG vs normo-glycémiques pendant la grossesse (méta-analyse de Bellamy-Lancet 2009)

Diabète persistant 5-14%, anomalies de la tolérance glucidique 7-29%
Diabète gestationnel récurrent lors de la grossesse suivante 30 à 84%

La grossesse compliquée de DG révèle un risque préexistant de susceptibilité au diabète de type 2 et offre la possibilité de mettre en place des interventions qui diminuent ce risque

Le diabète gestationnel, un puissant prédicteur du DT2

Programme de santé publique de prévention ciblée du diabète à la Réunion

- 13916 accouchements en 2013 à la Réunion -> environ 1400 femmes DG+
- 20% d'entre elles présenteront un DT2 dans les 5 ans -> 350
- Chez les femmes de 25-44 ans: 370 nouvelles ALD pour diabète par an (période 2010-2012)
- On considère que la prévention du diabète après DG réduirait ou retarderait 1/6^{ème} des cas de DT2 de la population féminine.



20 %

Des DG présenteront un diabète de type 2 à 5 ans

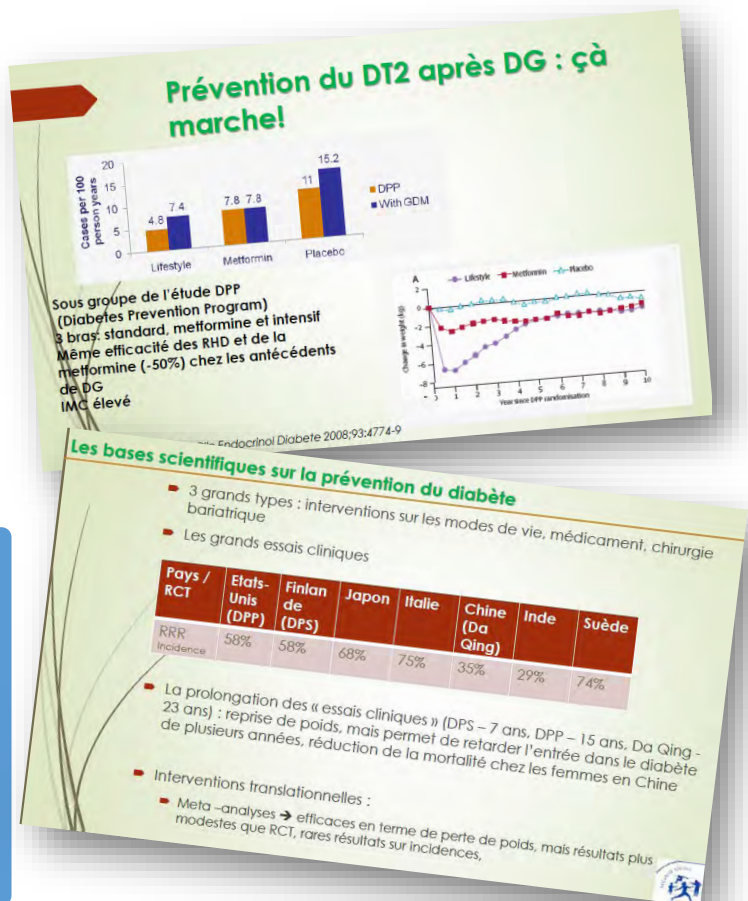
La prévention du DT2 après DG

Il existe plusieurs études qui démontrent l'intérêt des actions de prévention ciblée pendant et après un DG. Ces actions ont permis de retarder l'entrée dans le diabète de plusieurs années, voire de réduire la mortalité des femmes (Chine).

Le changement durable de mode de vie (alimentation et activité physique) constitue le principal objectif visé par ces actions.

Les enjeux de la prévention du DT2 après un DG

- ➔ Développer une stratégie régionale de dépistage systématique du diabète après DG
- ➔ Développer un programme ciblé d'incitation à des changements du mode de vie



Définition

Le « pré-diabète » est un état intermédiaire entre une homéostasie du glucose normale et le DT2 avéré, incluant deux entités cliniques : l'hyperglycémie modérée à jeun (HMJ) et l'intolérance au glucose (IAG). L'hyperglycémie à jeun est définie selon l'OMS par une glycémie à jeun 1.10 g/l, mais < 1.26 g/l. L'intolérance au glucose est définie quant à elle par une glycémie 2H après une charge orale de 75 g de glucose 1.40 g/l et < 2 g/l.

Le risque de développer un DT2 est plus important chez les patients ayant une HMJ et/ou une IAG, le risque étant maximal chez ceux qui combinent les 2 anomalies. Le risque de développer un diabète chez un sujet normoglycémique est de 0.7%/an. En revanche, ce risque est d'environ 5 à 10%/an chez les individus ayant une IFG ou une ITG. **En l'absence d'intervention spécifique, la majorité de ces patients développent un diabète.**

LE PRE-DIABETE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE
CHU Nante - Service d'endocrinologie - maladies métaboliques et nutrition

Un enjeu considérable pour la prévention du diabète de type 2 à la Réunion et à Mayotte

12

Les 2 études disponibles, MAYDIA pour Mayotte et DIADERS pour la Réunion, indiquent **des taux de prévalence élevés du pré diabète dans les 2 îles** (~10% des personnes dépistées à Mayotte et ~30% pour la Réunion, dans le cadre des 2 études respectives). Comme le diabète gestationnel (qui est une forme de pré diabète), le statut de « pré diabétique » constitue **un prédicateur important de l'apparition du diabète de type 2**, il apparaît incontournable d'envisager des **dispositions de prévention** en direction de ce public.

Différentes études et expérimentations locales, nationales et internationales, ont démontré la possibilité de retarder significativement l'apparition de la maladie par des programmes permettant d'accompagner les sujets concernés vers une évolution durable des modes vie en particulier concernant l'alimentation et l'activité physique.

Constats

- La forte de prévalence du diabète gestationnel à la Réunion et à Mayotte
- Le caractère prédictif du diabète gestationnel et du pré diabète au regard de la survenue du diabète de type 2
- Le manque de prise en compte du pré-diabète dans les actions de dépistage, de prévention et de prise en charge
- Des résultats probants dans différentes études, mettant en avant l'intérêt des programmes de prévention (coaching) auprès des femmes ayant fait un diabète gestationnel

Recommandation

- Orienter les actions de prévention ciblée vers les « cibles prioritaires » :

Post
Diabète
gestationnel

Pré diabète



SYSTEMATISER LE DEPISTAGE ET LE SUIVI DU DIABETE GESTATIONNEL

Constats

- La forte de prévalence du diabète gestationnel à la Réunion et à Mayotte
- Le caractère prédictif du diabète gestationnel et du pré diabète au regard de la survenue du diabète de type 2
- Le caractère non systématique du dépistage du diabète gestationnel à Mayotte
- Des résultats probants dans différentes études, mettant en avant l'intérêt des programmes de prévention (coaching) auprès des femmes ayant fait un diabète gestationnel

Recommandations

14

#1

Systématiser le dépistage (entre 24^{ème} et 28^{ème} semaine) et le suivi (carnet de santé et rdv de suivi, glycémie à 3 mois) du diabète gestationnel (CHM, libéral, PMI)

#2

Orienter les femmes vers Rédiab-ylang pour des entretiens avec la diététicienne et/ou l'intégration dans un programme ETP

#3

Sensibiliser les femmes au risque de survenue du diabète et à l'importance de se faire suivre après l'accouchement

Constats

- Il n'y a pas de spécificités relatives aux règles hygiéno-diététiques pour les DG et pré diabète
- Le caractère social des modes de vie (alimentation et activité physique) demeure pour les pré diabétiques
- Dans le cas du diabète gestationnel, le contexte de l'arrivée d'un enfant est à considérer dans sa globalité (approche familiale, parentalité)
- Les déterminants des comportements nutritionnels sont les mêmes que pour les personnes n'ayant pas de facteurs de risque

15

Recommandation



Les actions de prévention ciblée doivent relayer les actions de prévention primaire sur les questions relatives à l'alimentation et à l'activité physique (les messages et recommandations restent les mêmes).



→ Les actions de prévention ciblée doivent répondre aux mêmes critères que les actions de prévention primaire.

Constats

- Risque élevé d'apparition du diabète de type 2 après un DG ou dans le cas d'un pré diabète
- La nécessité d'une prise en charge précoce dès d'apparition de la maladie (prévention des complications)
- La nécessité de surveiller l'évolution du statut glycémique

Recommandation



Les actions de prévention ciblée doivent prévoir un suivi médical régulier permettant de surveiller l'évolution des facteurs de risque :

- Poids (IMC)
- Tour de taille
- Glycémie

Ce suivi doit permettre d'envisager au plus tôt l'éventualité de l'entrée dans un parcours de soin, mais également d'identifier avec le patient ses difficultés à mettre en pratique les règles hygiéno-diététiques et l'aider à trouver de l'aide.

Constats

- Agir sur les modes de vie dits « dans la vie réelle » reste une réelle difficulté
- Le facteur motivationnel est un facteur déterminant pour l'application des RHD sur le long terme

Recommandation



Les actions de prévention ciblée doivent intégrer une stratégie relative au soutien à la motivation des publics au changement sur le long terme (approche motivationnelle).

17

Infos +

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement des malades chroniques dans le changement, pour :

- soutenir un désir de changement ;
- comprendre et gérer les processus de changement, l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement), la résistance ;
- reconnaître, susciter, soutenir les désirs de changement ;
- augmenter la motivation au changement ;
- augmenter ses capacités d'écoute active, d'empathie.
- Influencer favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions.

Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants.

Constats

- Pour certains patients qui cumulent les facteurs de risque, où le risque est très élevé, il peut être envisager une approche de type éducation thérapeutique avant que la maladie ne soit déclarée
- Certains programmes d'ETP, par exemple dans le cadre du diabète gestationnel, ont montré des résultats significatifs en matière de prévention de l'apparition des complications ou du DT2

Recommandation

18



Des programmes de type programme d'ETP peuvent être élaborés pour les patients à risque élevé :



- Diabète gestationnel sous insuline
- Pré diabète + autres facteurs de risques (obésité, ...)

Constats

- Convergence des priorités entre le référentiel dépistage et celui de la prévention ciblée
- Les actions de prévention ciblée impliquent un repérage du public cible (diabète gestationnel, pré diabète) qui ne s'opère que par la réalisation d'un dépistage

Recommandation

19



#1

Les actions de prévention ciblée doivent être associées à des actions de dépistage. Qu'ils s'agissent de dépistages opportunistes (médecin traitant, services de santé, gynécologue, ...) ou de dépistages communautaires.

#2

La recommandation précédente implique une coordination régionale effective et efficace des acteurs