



CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LE DIABÈTE À LA RÉUNION ET À MAYOTTE

Soyons plus fort que le diabète



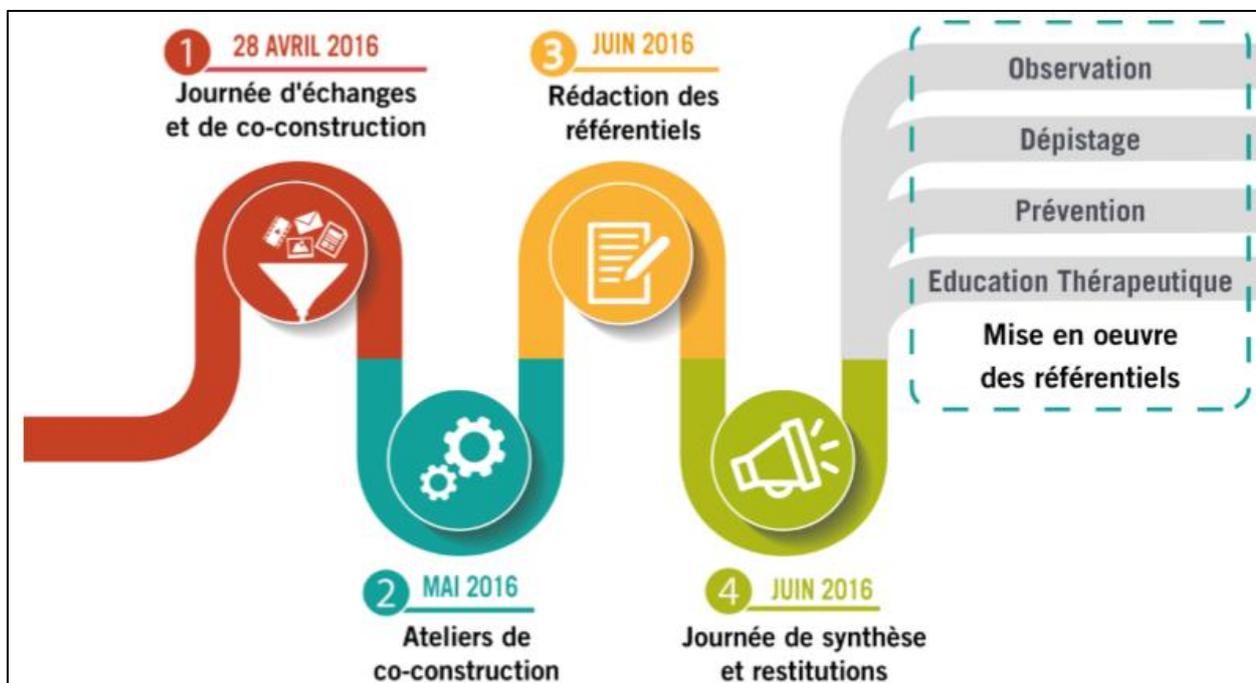
Référentiel DÉPISTAGE

PRÉFACE

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 première 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 du patient



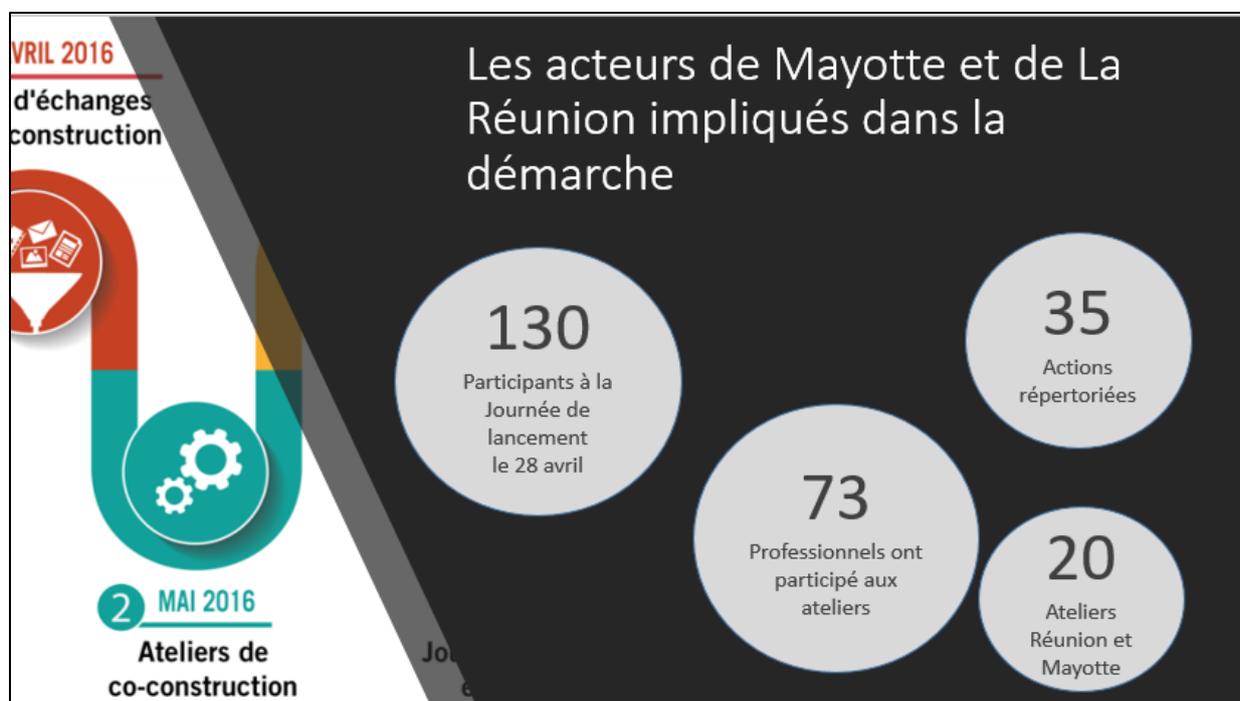
Construire collectivement des référentiels

Cette démarche de conférence de consensus a permis d'élaborer, avec les acteurs des deux 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**) qui ont donné 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 le dépistage

Le dépistage est un des enjeux majeurs dans la lutte contre le diabète. Ce niveau d'intervention doit permettre de repérer et d'orienter tantôt les personnes présentant un risque de déclarer la maladie (pré-diabétique) tantôt les personnes déjà diabétiques mais qui s'ignorent et qui ne sont malheureusement pas suivies dans le cadre du parcours de soins. Lors des travaux de groupe, deux stratégies d'intervention ont été développées l'une dite « dépistage opportuniste », l'autre dite « dépistage communautaire ». Il s'agira, dans ce document, d'identifier les cadres de pratiques qui font consensus auprès des acteurs.



Les participants

Réunion



Atelier 1 : 26 Mai 2016

Atelier 2 : 9 Juin 2016

- Mme Diane BAILLEUX – Mutualité de la Réunion
- Mme Stelly CHOPINET-DIJOUX – ARS-OI
- M. Jean Louis SOLET – CIRE OI
- Dr François FAVIER – INSERM/CHU
- M. Frédéric ANNETTE – Mutualité de la Réunion
- M. Tanguy SEVAT – Fonds MUTA Réunion
- Mme Maëlys ALBERTO – ADN 974
- M. Etienne BILLOT – ARS-OI
- Mme Catherine CHAUSSADE – ARS-OI
- M. Raymond FONTAINE – Mutualité de la Réunion
- Mme Roselyne COPPENS – ARS-OI
- M. Sébastien HIOT – IPEL Saint Joseph

Animateur : Cédric PEDRE – IREPS Réunion

Les participants

Mayotte



Atelier 1 : 31 Mai 2016

Atelier 2 : 14 Juin 2016

- Mme Pauline MARTIN – IREPS Mayotte
- Mme Mirasse BOUSSAIDI – RédiabYlang
- Dr Henri BRUN – ARS-OI
- Mme Suzon PECHARMAN - RédiabYlang
- Mme Salinata ABDOUROIHAMANE – CSSM
- M. Azida Kartoibi – IREPS Mayotte
- Mme Céline BOULINEAU – IDEL
- Mme Pauline MARTIN – IREPS Mayotte
- M. Thibault ROUCHON – RédiabYlang
- Mme Muriel MORVAN IDE MEDETRAM
- Mme Raoudhoiti FALL - IDE CHM
- Mme Béatrice ANDRIEN - CHM

- Animateurs : Mme Mirasse BOUSSAIDI – RédiabYlang et Mme Pauline MARTIN – IREPS Mayotte

INTRODUCTION

Les travaux menés dans le cadre des ateliers dédiés au dépistage ont permis de faire émerger des consensus forts sur la question du diabète à la Réunion et à Mayotte. Si la plupart des consensus sont communs aux 2 îles, certaines spécificités au territoire de Mayotte et/ou de La Réunion ont émergé. Ils seront repérés dans le présent référentiel par les pictogrammes ci-contre.



Avant de présenter les consensus et les recommandations partagés par l'ensemble des participants aux ateliers menés à la Réunion et à Mayotte, il est nécessaire de redéfinir la notion de dépistage ainsi que les caractéristiques techniques qui la compose. Ces rappels ont permis de structurer la base des réflexions entre les participants et ainsi d'aboutir à des pratiques jugées pertinentes au regard du contexte réunionnais et mahorais actuel.

Chacun des consensus évoqués dans ce référentiel se présente sous la forme de recommandations à mettre en lien avec les travaux des autres thématiques de la conférence.

Par ailleurs, parmi les recommandations mentionnées ici, certaines peuvent faire référence à des démarches en cours. Leurs présentations dans ce document viennent confirmer leur pertinence et l'intérêt de leur développement.

Dans un premier temps, un cadrage théorique permet de repositionner la thématique dans un contexte global de santé publique. Cela donne au lecteur des clefs pour mieux comprendre les dynamiques qui ont structuré les échanges.

Par la suite sont présentés les constats, recommandations et pistes d'actions qui ont fait consensus lors des ateliers de co-construction.



QU'EST-CE QUE LE DÉPISTAGE ?

CONSENSUS 1 – STRUCTURATION DES ACTIONS DE DÉPISTAGE

CONSENSUS 2 – UN DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE POUR ORIENTER LES PERSONNES PRÉ-DIABÉTIQUES VERS UNE OFFRE DE PRÉVENTION

CONSENSUS 3 – DES CRITÈRES ET MODALITÉS PARTAGÉES POUR LE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE

CONSENSUS 4 : HARMONISER LES PRATIQUES DE DÉPISTAGE OPPORTUNISTE

6

CONSENSUS 5 – L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC : UN ÉLÉMENT STRUCTURANT L'ADHÉSION DU PATIENT

Éléments de cadrage



Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement.

Les définitions, recommandations et données de la HAS contenues dans les pages 7-8-9 s'appuient sur des recherches en France métropolitaine

La Haute Autorité de Santé présente des critères d'identification des sujets considérés à risque de diabète. Ces sujets peuvent répondre à un ou plusieurs des critères suivants (en plus de l'âge) :

- âge > 45 ans ;
- surpoids, défini par un IMC ≥ 25 kg/m² ;
- sédentarité, définie par l'absence d'activité physique régulière (*a minima* à 30 minutes, 3 fois par semaine) ;
- origine géographique, définie par le fait d'être d'origine non caucasienne, migrante ou non migrante ;
- antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de poids de naissance > 4 kg ;
- antécédent familial de diabète chez un apparenté du 1^{er} degré ;
- anomalie de la glycorégulation (état de prédiabète)⁶¹ ;
- hypertension artérielle traitée ou non traitée, définie par une pression artérielle systolique > 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique > 90 mmHg et/ou une hypertension artérielle connue traitée ;
- dyslipidémie traitée ou non traitée, définie par une HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/l (2,3 mmol/l) ;
- précarité, définie par un score EPICES > 30⁶².

Pour repérer les sujets à risque de diabète, la HAS propose d'utiliser un questionnaire validé tel que le FINDRISK (*FIN*nish *Diabetes Risk Score*, cf. tableau 3).

Les actions de dépistage ne visent pas à porter un diagnostic. Les sujets dits « positifs » au test de dépistage doivent réaliser dans un second temps un bilan diagnostique de confirmation.

Les travaux de la Haute Autorité de Santé concernant la prévention et le dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète, recommandent, dans son document d'actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (octobre 2014), des pratiques spécifiques pour le dépistage du diabète.

Ainsi, le test de dépistage recommandé est la mesure de la glycémie veineuse à jeun. Selon les orientations ANAES, il n'est pas recommandé de doser l'hémoglobine glyquée pour dépister un diabète.

Pré diabète et diabète : définitions

Source : Guide parcours de soins – Diabète de type 2 de l'adulte, HAS, mars 2014, p.10



Le pré diabète est défini comme une hyperglycémie n'atteignant pas le seuil diagnostique de diabète mais associée à une augmentation du risque de progression vers le diabète de type 2.

Selon les critères proposés par l'OMS, le pré diabète est défini par :

- Une **hyperglycémie à jeun** : glycémie entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,25 g/l (6,9 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises ;
- et/ou **une intolérance au glucose** : glycémie (sur plasma veineux) entre 1,4 g/l (7,8 mmol/l) et 1,99 g/l (11,0 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose.

Le diabète sucré est défini par l'élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie) et regroupe plusieurs maladies de pathogénie différente (trouble de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline).

Selon les critères proposés par l'OMS, le diabète est défini par :



- une glycémie > 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises* ;
- ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) > 2 g/l (11,1 mmol/l)** ;
- ou une glycémie (sur plasma veineux) > 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose.

***Lorsque la glycémie est $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) et < 2 g/l (11,1 mmol/l), la confirmation diagnostique du diabète de type 2 sera faite par un second test de glycémie veineuse à jeun.**

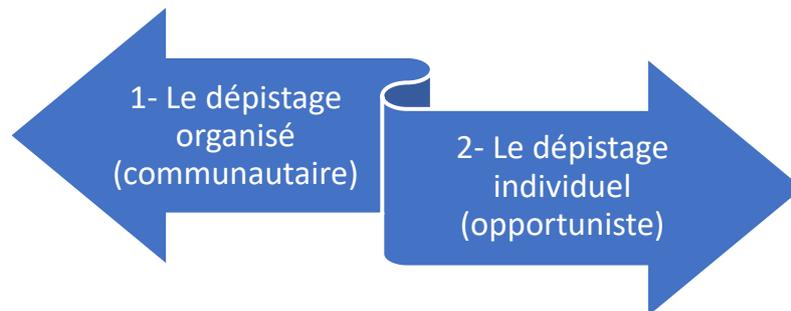
Le diagnostic est confirmé en cas de glycémie à nouveau $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l)

****Le diagnostic est confirmé lorsqu'une seule glycémie est ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l), qu'il y ait ou non des symptômes de diabète associés.**

Les modalités de dépistage

On distingue deux types de dépistage :

1. Le dépistage organisé (de masse ou communautaire) s'adresse à l'ensemble des individus d'une population cible pré définie (souvent sur le sexe et l'âge)
2. Le dépistage individuel (spontané ou opportuniste) réalisé dans le cadre de la relation médecin/malade à visée curative. Ce dépistage spontané est alors réalisé à la demande du patient ou du médecin



Dix critères pour un dépistage organisé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise aux acteurs du dépistage communautaire de s'assurer de l'atteinte de ces critères pour toute action populationnelle de dépistage :

- La maladie étudiée doit présenter un problème majeur de santé publique
- L'histoire naturelle de la maladie doit être connue
- Une technique diagnostique doit permettre de visualiser le stade précoce de la maladie
- Les résultats du traitement à un stade précoce de la maladie doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé
- La sensibilité et la spécificité du test de dépistage doivent être optimales
- Le test de dépistage doit être acceptable pour la population
- Les moyens pour le diagnostic et le traitement des anomalies découvertes dans le cadre du dépistage doivent être acceptables
- Le test de dépistage doit pouvoir être répété à intervalle régulier si nécessaire
- Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus
- Le coût économique d'un programme de dépistage doit être compensé par les bénéfices attendus

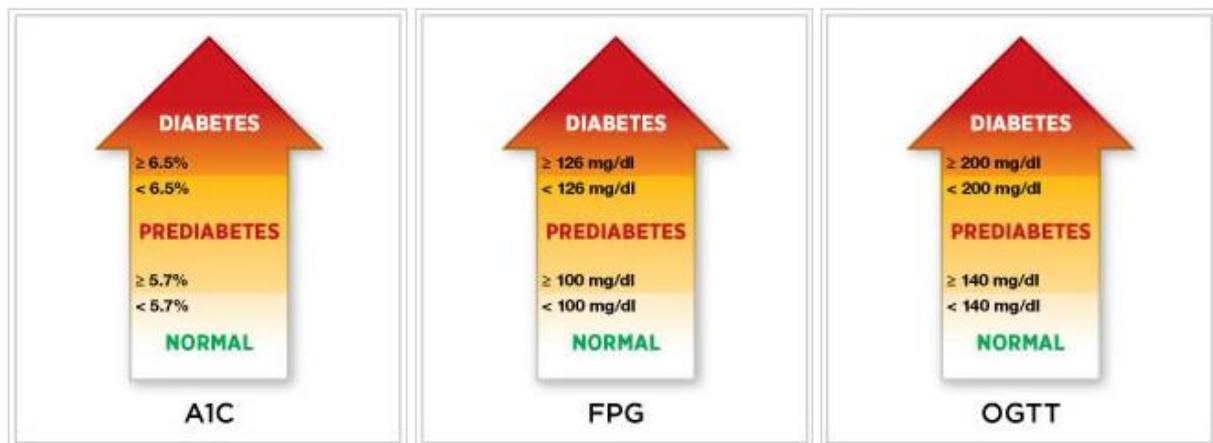
Des orientations différentes : exemple de l'American Diabetes Association (ADA)

Les particularités socio économiques, culturelles et biologiques des populations réunionnaise et mahoraise nécessitent la prise en compte d'études internationales

Les recommandations de la HAS développées précédemment émanent d'études menées majoritairement en France métropolitaine et peu à La Réunion ou Mayotte.

De nombreux professionnels œuvrant sur la question du diabète s'accordent sur la nécessité de procéder à des études pour affiner et adapter les critères nationaux de repérage et de dépistage des populations à risques. Ces critères font référence aux facteurs de risques mais également aux valeurs seuils caractérisant le pré-diabète ainsi que le diabète.

Les valeurs seuils définies par l'ADA diffèrent légèrement des recommandations nationales :



10

En effet, pour exemple, l'ADA propose de baisser les valeurs seuils concernant la glycémie veineuse à jeun

	Valeurs ADA	Valeurs HAS
	Glycémie veineuse à jeun	HbA1C Glycémie veineuse à jeun
Normal	<1 g/l	<1,10 g/l
Prédiabète	1 ≤ PréDiab < 1,26	1,10 ≤ PréDiab < 1,25
Diabète	≥ 1,26 g/l	> 2 g/l au 1 ^{er} dosage ou ≥ 1,26 g/l au 2 ^{ème}

Comme l'indique un encart sur le guide parcours de soins – Diabète de type 2 de l'adulte (mars 2014) de la HAS, un débat est en cours sur l'utilisation de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) pour diagnostiquer le diabète et le prédiabète :



Pour info

- Un débat est en cours sur l'utilisation de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) pour diagnostiquer le diabète. En 2010, l'*American Diabetes Association* (ADA) a approuvé l'utilisation de l'HbA1c comme outil diagnostique pour le diabète et le prédiabète.
- La mesure de l'HbA1c est plus coûteuse que la mesure de la glycémie à jeun, mais elle a comme avantage de refléter l'équilibre de la glycémie au cours des 3 mois qui précèdent le dosage sanguin, de ne pas nécessiter d'être à jeun, d'avoir une faible variabilité biologique intra-individuelle, et de ne pas dépendre de l'apport nutritionnel de la veille ou de l'activité physique.
- Le dosage de l'HbA1c peut être faussé en cas de grossesse, d'hémoglobinopathies, de sphérocytose héréditaire (anémie hémolytique), de cancer, d'hépatite chronique sévère, de maladie rénale, de variants de l'hémoglobine F.

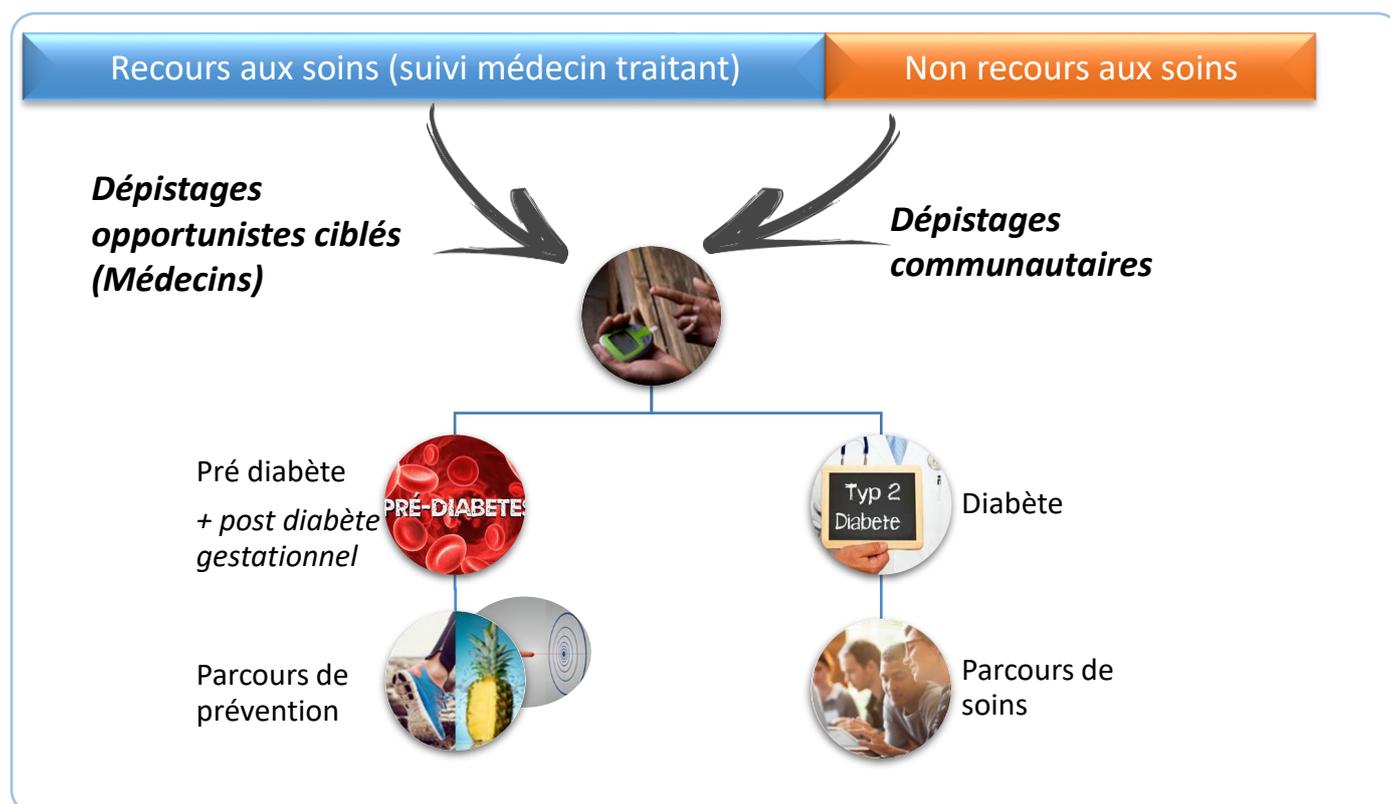
Constats

- Dans la continuité des éléments donnés précédemment (éléments de cadrage) notamment sur la nature des dépistages réalisés, on constate à La Réunion et à Mayotte de nombreuses actions de dépistage menées par les acteurs de terrain. Ces initiatives se traduisent majoritairement par des actions de type communautaire ;
- Les personnes les plus éloignées du recours aux soins (accessibilité géographique, socio-économique, ...) sont celles pour lesquelles les dépistages communautaires sont les plus pertinents ;
- Les dépistages de type opportuniste semblent moins visibles mais restent essentiels dans l'identification des personnes pré diabétiques ou diabétiques. Ces dépistages sont réalisés par les professionnels de santé dans le cadre du recours aux soins des patients (médecins généralistes, dispensaires, ...).

Recommandations

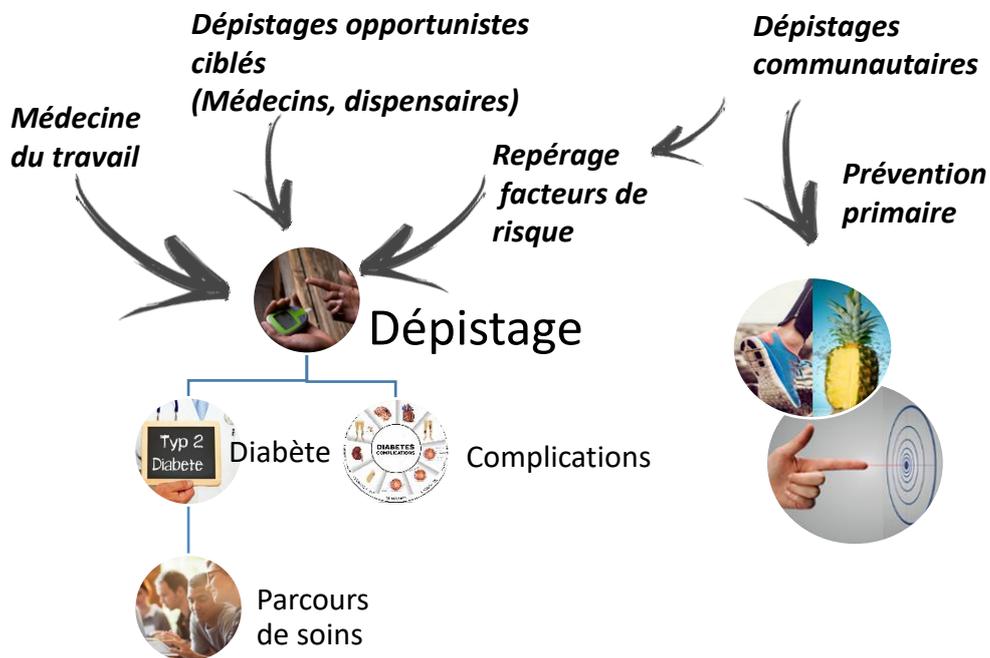


A La Réunion, les acteurs se sont entendus sur un schéma directeur d'organisation des dépistages tant opportunistes que communautaires.





A Mayotte, le service de médecine du travail représente un axe intéressant pour le développement des dépistages opportunistes



Globalement, il s'agit de pouvoir :

1. Coordonner les actions de dépistage avec les actions de prévention ciblées pour une orientation possible et pertinente des personnes identifiées comme pré-diabétiques
2. Favoriser l'intégration des personnes repérées comme diabétiques dans le parcours de soins correspondant, pour une prise en charge adaptée mettant en jeu la prévention/gestion des complications
3. Aller au-devant des personnes éloignées du recours aux soins par la mise en place d'actions de dépistage communautaire localisées et territorialisées
4. Intégrer la médecine du travail dans les actions de dépistage pour une meilleure couverture territoriale

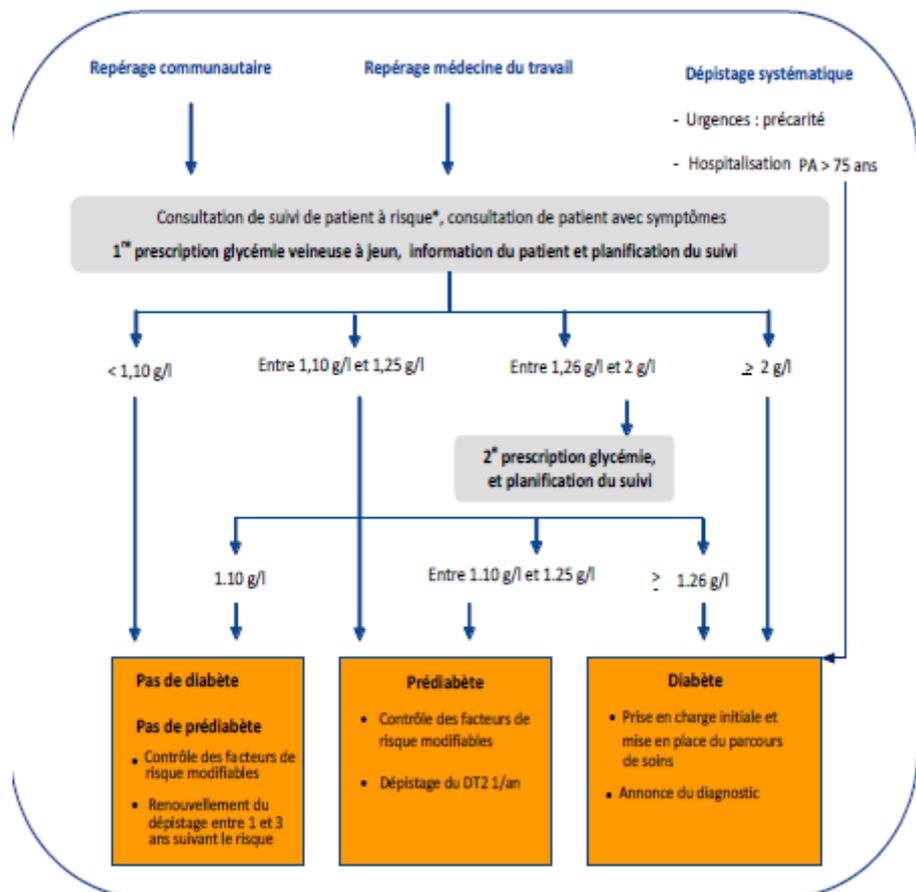


L'ensemble de ces objectifs nécessite l'implication et l'adhésion du médecin traitant comme facilitateur et coordinateur du parcours (prévention ou soins) mais également des acteurs locaux de proximité (autres professionnels de santé, collectivités, associations, ...)

INFO +



Schéma sur le repérage de dépistage et de diagnostic du diabète de type 2



* patient identifié après un repérage communautaire ou en médecine du travail ou suivi d'un patient à risque
 PA : personne âgée



Constats

- Le pré-diabète est un marqueur important d'apparition possible d'un diabète de type 2. La prise en compte, par les patients et les professionnels de santé du pré diabète, n'est pas suffisante ;
- Selon l'enquête Rédia 1 et Rédia 2, 23,5 % des hommes et 22,8 % des femmes pré-diabétiques à RÉDIA, sont devenus diabétiques à Rédia 2 ;
- Le pré diabète peut être pris en charge par une offre de prévention non médicamenteuse qui nécessite la sensibilisation des personnes autour des questions d'alimentation et d'activités physiques ;
- Les pratiques des professionnels de santé nécessitent une harmonisation notamment dans la prise en compte de l'importance du suivi dans le cadre d'un repérage de pré-diabète ;
- Il existe un manque de visibilité de l'offre de prévention pour l'orientation des personnes diagnostiquées comme pré-diabétiques. Celles-ci doivent pouvoir bénéficier d'une offre de prévention ciblée agissant sur les facteurs de protection d'apparition d'un diabète de type 2 (alimentation – activité physique).

Recommandations



Dans le cadre d'un repérage de personnes pré diabétiques, une orientation doit être possible par le professionnel référent vers une offre de prévention ciblée.

Ceci nécessite une coordination des actions de dépistage et celles de prévention ciblée afin de répondre aux besoins d'orientation des personnes repérées.

- Lors de la mise en œuvre d'une action de dépistage auprès d'un public donné et sur un territoire défini, l'opérateur doit s'assurer de la mise en lien de cette action avec l'offre de prévention existante sur ce même secteur.
- Cette cohérence entre actions de dépistage et actions de prévention ciblée nécessite un outil de centralisation et de communication accessible par les opérateurs de terrain.

Infos + (cf. référentiel observation)

OSCAR, un système d'information pour les actions

Un outil développer par :



Un outil soutenu par :



Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé, OSCARS a été conçu par le Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) en 2005 (INPI N° 290827 220507). Depuis, OSCARS est devenu l'outil de pilotage et de suivi de l'Agence Régionale de Santé (ARS PACA) qui le finance et s'associe à son développement.

OSCARs permet d'accéder rapidement à une base de données détaillée des actions contribuant à l'atteinte des objectifs régionaux de santé publique, de déterminer la couverture territoriale de chacune d'entre elles, d'identifier les acteurs, les partenaires et les financeurs. Outil dynamique,

OSCARs permet des recherches multicritères ainsi que des analyses croisées.

Des recherches selon de nombreux critères sont possibles : par territoire de santé, commune, nom du porteur, type de structure, caractère de l'action (régionale, reconduite), financeur, partenaire, ou encore par plan national...

Une analyse statistique des résultats de chaque recherche est également proposée, exportable dans un tableau Excel.

L'accès national permet des recherches et des analyses inter-régionales ou pour l'ensemble des régions représentées.

Critères de recherche et de sélection

The screenshot displays the SCARS platform interface. At the top, there are several filter categories: 'ANNÉE DE RÉFÉRENCE' (2015), 'PUBLICS' (Tous publics confondus), 'CATEGORISATION' (Toute catégorie), 'PROGRAMMES' (Tous programmes confondus), 'THÉMATIQUES' (Toutes thématiques confondus), 'TYPES D'ACTION' (Tous types d'actions confondus), and 'TYPES DE STRUCTURE' (Tous types de structure confondus). Below these filters, a navigation bar shows 'RÉGION', 'DÉPARTEMENT', 'TERRITOIRE', and 'COMMUNE', with 'TERRITOIRE' selected. The main area is split into a list of actions on the left and a map on the right. The list includes actions like 'Agir pour l'amélioration de la santé sexuelle en Martinique (2015)', 'ATELIER ALIMENTATION ET ACTIVITE PHYSIQUE (2015)', 'Bien manger pour mieux vivre (2015)', 'Bouge, une priorité pour ta santé (2015)', 'Brennen épi manjé kon avan (bouger et manger comme avant) : Ba Santé Douvan avan Douvan pranw (met la santé devant avant que devant te prenne) (2015)', 'Cap vers une sexualité responsable (2015)', 'Distribution de repas, de denrées alimentaires, de vêtements et de kits d'hygiène aux plus démunis sur les territoires prioritaires de Fort-de-France (2015)', 'GYMBOUGEZ à Pelletier: (2015)', and 'La sexualité cela s'apprend (2015)'. The map shows the region of Martinique with various territories highlighted in red: Nord Atlantique, Nord Caraïbes, Territoire de santé Centre, and Sud. The SCARS logo is visible at the bottom left of the interface.

Liste des actions et liens vers fiches descriptives des actions

Géolocalisation des actions

Déploiement en région

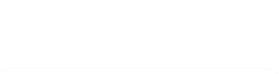
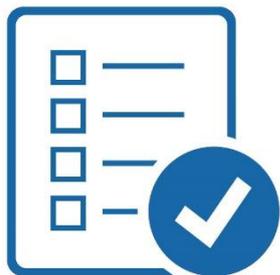
Le développement de cet outil est assuré par le CRES PACA, qui gère également le déploiement au niveau national. Le suivi administratif et l'animation de la plateforme régionale se font en région, dans la plupart des cas par une IREPS, un ORS ou un groupement d'acteurs (pôle de compétences, groupement régional d'acteurs ...).



Constats

- Les actions de dépistage communautaire sont nombreuses à La Réunion et à Mayotte. Cependant, l'absence de structure ou d'outil d'observation et/ou de coordination rendent ces actions disparates.
- Les modalités d'actions de dépistage sont souvent très hétérogènes avec des pratiques non standardisées et des outils différents
- Il n'existe pas de cahier des charges et/ou de référentiels encadrant les actions de dépistage communautaire
- Il y a des personnes non connues du recours aux soins, ne bénéficiant pas d'actions de dépistage notamment dans les quartiers les plus fragiles

Recommandations # 1



Développer un cahier des charges communs pour les actions de dépistage

- Ce document devra permettre de rendre les actions observables en termes :
 - De territoire et de population cible,
 - De coordination avec l'offre de prévention et le parcours de soins (orientation),
 - De pratiques professionnelles partagées (type de dépistage, modalité d'annonce du résultat),
 - D'articulation avec les professionnels de santé de proximité (notamment médecins généralistes),
 - De protocoles d'évaluation des actions
- L'harmonisation des pratiques de dépistage communautaire, par la préparation en amont avec les acteurs du territoire ainsi que l'articulation avec l'offre en aval, est un élément structurant de cet axe

Recommandations #2



Les référentiels dédiés au dépistage, à la prévention primaire et à la prévention ciblée s'intéressent tous les trois aux populations fragilisées éloignées du recours aux soins

Il apparaît important que les acteurs maîtrisent les orientations et recommandations communes aux trois documents

Agir sur les territoires et publics fragilisés

- Les actions de dépistage communautaire poursuivent un objectif de repérage des publics potentiellement diabétiques ou pré diabétiques n'ayant pas ou peu recours aux soins.
- Ces publics sont souvent issus des quartiers les plus précarisés, peu couverts par des actions de santé publique
- La priorisation des quartiers ou territoires d'action doit être réfléchi en adéquation avec l'offre de prévention primaire et ciblée pour assurer et faciliter l'orientation des personnes.
- Les données INSEE, politique de la ville, réseau d'éducation prioritaire, ... sont autant d'indicateurs permettant un choix pertinent et adapté



Investir des lieux non étiquetés « santé » mais fréquentés de tous

- Les populations fragiles ne fréquentent que très peu les espaces dédiés à la santé à Mayotte (dispensaire, centre hospitalier, ...).
- En revanche, d'autres lieux n'ayant pas un rapport direct avec la santé mais régulièrement fréquentés par la population mahoraise (barge, coconi, entreprises de téléphonie, ...) sont propices pour réaliser des actions de dépistage et toucher une grande partie de la population

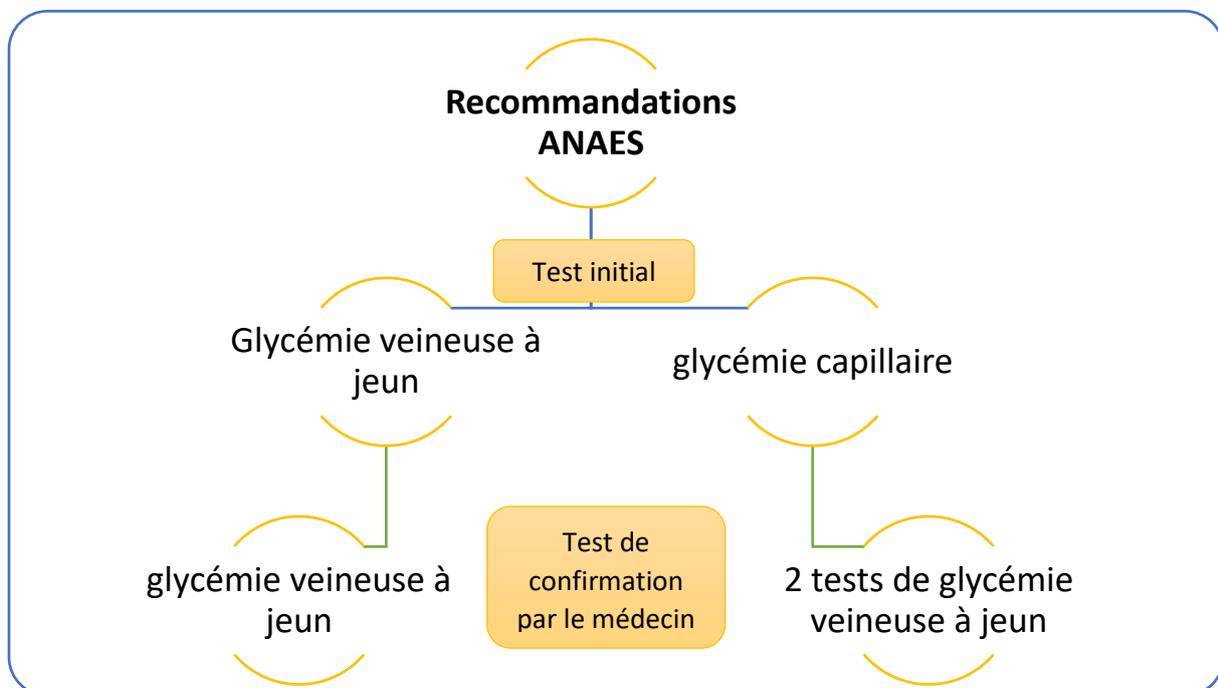
Recommandations #3

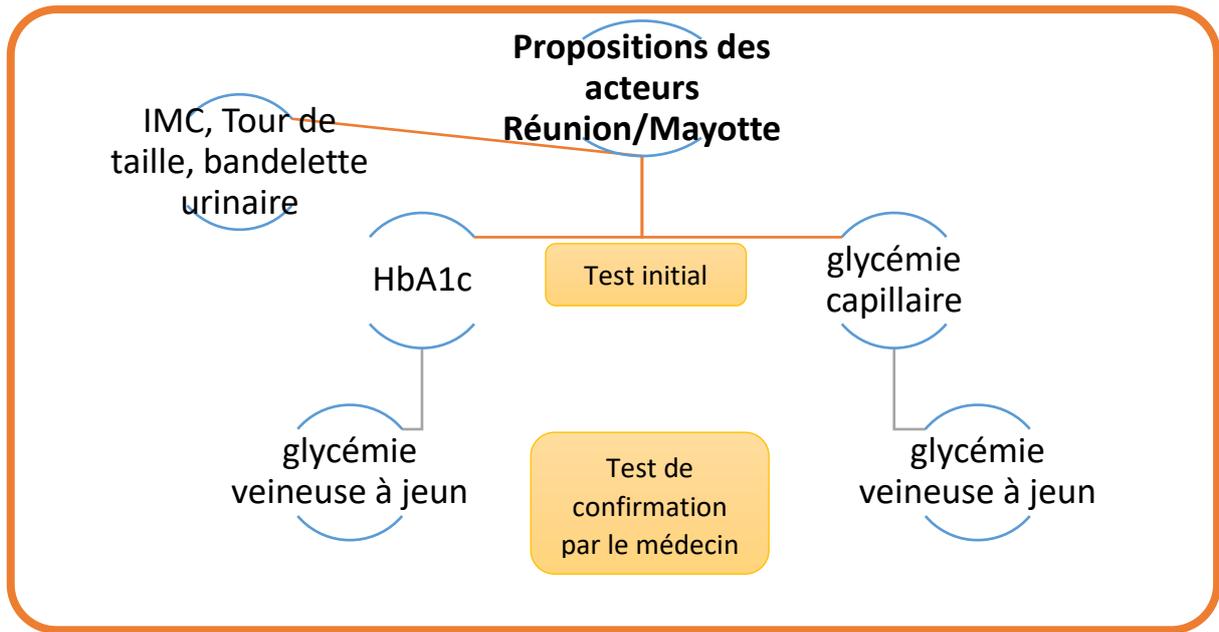


Des techniques et outils de dépistage standardisés

- Il s'agit de permettre à l'ensemble des opérateurs du dépistage de bénéficier de méthodes harmonisées communes, considérées comme efficaces (rapport coût/efficacité)
- Diminuer sensiblement les faux positifs et les faux négatifs par des techniques simples à utiliser, financièrement intéressantes et d'une bonne fiabilité
- Ne pas imposer l'utilisation de modalités de dépistage trop onéreuse ou trop complexe dans la mise en œuvre au risque de perdre des opérateurs de terrain

Les recommandations et propositions des acteurs pour les méthodes de dépistage du diabète et pré-diabète en population générale (communautaire)





Recommandations #4



Evaluer systématiquement les actions de dépistage

- Le protocole d'évaluation des actions de dépistage doit être rigoureusement réalisé afin que le relevé des données puisse bénéficier à l'observation de l'évolution du diabète à la Réunion et à Mayotte
- L'évaluation permet de renseigner
 - Sur le déroulement opérationnel (processus)
 - Sur les principaux résultats
 - Sur les axes d'amélioration des activités de dépistage



Constats

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les principaux facteurs de risque de diabète en plus de l'âge.

Les sujets considérés à risque de diabète répondent à un ou plusieurs des critères suivants (en plus de l'âge) :

- **âge > 45 ans** ;
- **surpoids**, défini par un IMC ≥ 25 kg/m² ;
- **sédentarité**, définie par l'absence d'activité physique régulière (*a minima* à 30 minutes, 3 fois par semaine) ;
- **origine géographique**, définie par le fait d'être d'origine non caucasienne, migrante ou non migrante ;
- **antécédent personnel** de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de poids de naissance > 4 kg ;
- **antécédent familial** de diabète chez un apparenté du 1^{er} degré ;
- anomalie de la glycorégulation (**état de prédiabète**)⁶¹ ;
- **hypertension artérielle traitée ou non traitée**, définie par une pression artérielle systolique > 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique > 90 mmHg et/ou une hypertension artérielle connue traitée ;
- **dyslipidémie traitée ou non traitée**, définie par une HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/l (2,3 mmol/l) ;
- **précarité**, définie par un score EPICES ≥ 30 ⁶².

Pour repérer les sujets à risque de diabète, la HAS propose d'utiliser un questionnaire validé tel que le FINDRISK (*FINnish Diabetes Risk Score*, cf. tableau 3).

22

S'il ne s'agit pas de remettre en cause ces critères, **il a été convenu que les caractéristiques de la population de la Réunion et de Mayotte nécessitent de les préciser afin de répondre avec pertinence au défi du repérage du diabète.** Pour exemple, il est peu pertinent à La Réunion comme à Mayotte de s'attarder sur les données de précarité telles que définie par un score EPICES. La structure socioéconomique particulière des deux territoires fausse ce critère. De même, l'origine non caucasienne est un critère qui ne saurait être adapté au repérage d'un risque d'apparition de pré diabète et/ou diabète.

Ceci d'autant plus que le consensus 1 vise à consolider des pratiques communes et partagées pour un dépistage opportuniste efficace notamment en faveur des médecins généralistes et spécialistes en première ligne pour la réalisation des tests.



Recommandations

EN COURS

Mobilisation des professionnels de santé

Les réflexions menées sur le dépistage opportuniste (en cabinet) du diabète ont fait émerger la nécessité de rassembler et mobiliser les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins généralistes et spécialistes. Les échanges se concentreront sur le partage des pratiques et des recommandations concernant entre autres, les facteurs de risques, les valeurs seuils et l'annonce du diagnostic. Il sera également question de redéfinir de manière commune les éléments ci-après :

- 1. Qui peut agir sur le dépistage opportuniste ?
- 2. Comment réaliser les dépistages opportunistes ?
- 3. Quels sont les facteurs de risques et les valeurs seuils ?
- 4. Quelles sont les pratiques à développer (annonce du diagnostic, ...) ?

23



Développer un outil diagnostique sur la base de ceux existants à l'international, mais adapté au territoire mahorais

- Pour le territoire de Mayotte, les professionnels s'accordent également sur la nécessité de développer un outil d'évaluation du risque, adapté à Mayotte particulièrement pour le repérage des facteurs de risque (questionnaire)
- Cet outil s'appuiera entre autres sur les caractéristiques socioéconomiques de la population, les données anthropologiques, les origines ethniques et géographiques ...

Infos +

Les professionnels de santé et plus globalement, les acteurs du dépistage bénéficient au niveau national d'un outil d'évaluation pour le repérage des sujets à risque de diabète. Cet outil proposé par l'HAS se présente sous la forme d'un questionnaire validé de type FINDRISK (FINNish Diabetes Risk Score).

Critère		Valeur du critère	Critère		Valeur du critère
Âge	Moins de 45 ans	0	Indice de masse corporelle (kg/m ²)	< 25	0
	45-54 ans	2		25-30	1
	55-64 ans	3		> 30	3
	Plus de 64 ans	4			
Tour de taille (cm)* Hommes	< 94	0	Tour de taille (cm)* Femmes	< 80	0
	94-102	3		80-88	3
	> 102	4		>88	4
Activités physique (30 min/j)	Oui	0	Part des légumes verts dans l'alimentation	Non	2
	Non	2		Tous les jours	0
ATCD de traitement anti-HTA	Non	0		ATCD de glycémie supérieure à la normale	Pas tous les jours
	Oui	2			
ATCD familial de diabète	Non	0	Oui		5
	Oui (grands parents, tante, oncle, cousins)	3			
Calcul du score de risque de diabète dans les 10 ans					
→ somme = 7 ; risque faible (= 1 %) → 1 personne sur 100 développera un diabète.					
→ somme = 7-11 ; risque légèrement élevé (= 4 %) → 1 personne sur 25 développera un diabète.					
→ somme = 12-14 ; risque modéré (= 17 %) → 1 personne sur 6 développera un diabète.					
→ somme = 15-20 ; risque élevé (= 33 %) → 1 personne sur 3 développera un diabète.					
→ somme > 20 ; risque très élevé (= 50 %) → 1 personne sur 2 développera un diabète.					
* mesuré sous les côtes, au niveau du nombril ; ATCD = Antécédent ; HTA = Hypertension artérielle.					
Pour en savoir plus sur le score de précarité, consulter l'annexe « Score EPICES de précarité ».					

Cet outil d'évaluation du risque de diabète mis au point en Finlande ne requiert que des renseignements qu'un participant peut fournir lui-même sans qu'il soit nécessaire d'obtenir des résultats détaillés d'épreuves de laboratoire particulières.

S'il semble être un outil intéressant de repérage non invasif, il n'en demeure pas moins que sa structuration, adaptée à la composition ethnique de la Finlande, n'est peut-être pas suffisamment adaptée aux réalités de La Réunion et de Mayotte.

Au regard des constats relevés plus haut et partagés par les professionnels, il est compliqué aujourd'hui de s'appuyer sur les items développés dans ce questionnaire et plus particulièrement sur les échelles et valeurs proposées.

En ce sens, certains pays, tel que la Canada, ont pris l'initiative d'adapter celui-ci aux réalités populationnelles du pays. Les experts canadiens en diabète ont donc adapté le questionnaire FINDRISK pour inclure l'origine ethnique et d'autres variables clés (sexe, niveau de scolarité, macrosomie) afin de créer le Questionnaire d'évaluation du risque de diabète à l'intention des Canadiens (CANRISK).



Constats

- Les actions de dépistage communautaire et/ou opportuniste proposent des modalités d'annonce du résultat plus ou moins explicites. Cette annonce du résultat n'est pas systématiquement réalisée par des professionnels formés ;
- La qualité de l'annonce du diagnostic donne au patient une sécurisation et une meilleure compréhension de sa maladie et du parcours de soins ;
- Cette annonce conditionne l'entrée du patient dans le parcours de soins et améliore son adhésion dans la prise en charge de sa maladie ;
- Une difficulté pour les professionnels de premier recours notamment les médecins généralistes à préparer l'annonce de la maladie (contraintes de temps, de lieu voire un manque de sensibilisation à l'annonce, ...)

Recommandations



- Les actions de dépistage doivent proposer des modalités d'annonce du résultat prenant en compte le patient et les professionnels de proximité (dont le médecin traitant)
- Suite à l'annonce du résultat, les possibilités de prise en charge, d'orientation et de suivi du patient en proximité doivent être évaluées et envisagées par les opérateurs du dépistage (en lien étroit avec le médecin traitant). Ces possibilités d'orientation doivent être systématiquement proposées au patient.
- Il est nécessaire que les professionnels accompagnant l'annonce du résultat aient les compétences nécessaires en la matière (écoute active, ...) et bénéficient d'un environnement propice à cette annonce (temps alloué, lieu adapté, ...)



Principes généraux



L'information à la personne incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à des risques de transmission.

Le Code de déontologie médicale (article 35) précise **que cette information doit être loyale, claire et appropriée. La personne malade participe aux choix thérapeutiques la concernant.**

Partage de l'annonce



L'information doit être normalement délivrée lors d'un entretien individuel. Toutefois, quand la personne est accompagnée – il peut s'agir de la personne de confiance qu'elle a désignée (au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique) ou d'un aidant naturel – il convient de s'assurer de son souhait que l'accompagnant soit présent lorsque l'information est délivrée. Il est important de proposer au patient que l'entretien soit en partie singulier, sauf s'il s'y oppose.