

Vers l'amélioration du dépistage et du suivi des complications chroniques du diabète de type 2 : impact d'une prise en charge hospitalière dédiée au diabète

Hugo Jouhair¹, Marie Landrin², Jérémy Gosselin³, Yann Poulingue⁴

¹ Service de soins de suite et réadaptation, centre hospitalier de Barentin, France <hugo.jouhair@chbarentin.fr>

² Service de médecine polyvalente, centre hospitalier intercommunal Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil, France

³ Service de soins de suite et réadaptation, centre hospitalier de Barentin, France

⁴ Service de médecine polyvalente, centre hospitalier intercommunal Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil, France

Le diabète est une pathologie fréquente qui pèse lourdement sur la qualité de vie des patients ainsi que sur le système de santé. Le suivi en France de ces patients, dont le rôle est de diminuer la morbidité de la maladie, n'atteint pas les objectifs des recommandations. Cette étude a pour but d'évaluer les bénéfices issus d'une hospitalisation pour diabète dans un service de médecine du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil. Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective, incluant les patients hospitalisés pour « diabète », sur le premier semestre 2014, et comparant la prévalence des examens et des consultations de suivi recommandés réalisés en ambulatoire et à l'hôpital, un an avant et un an après l'hospitalisation. Cent soixante-dix-neuf (179) patients diabétiques ont été inclus. Le suivi annuel global recommandé par la Haute Autorité de santé n'est pas amélioré. On note néanmoins une amélioration concernant le suivi de la microangiopathie suite à l'hospitalisation, (+ 7 % de microalbuminurie, + 19 % de consultations ophtalmologiques). La répartition des examens posthospitalisation est globalement améliorée. L'hospitalisation permet d'effectuer un bilan complet, ponctuel, des patients diabétiques. Elle enclenche une dynamique de prescription, de faible intensité cependant marquée sur le suivi de la microangiopathie en ambulatoire. Son atout majeur : réduire les inégalités de suivi.

Mots clés : médecine polyvalente, diabète, suivi ambulatoire, complications, dépistage

De par sa fréquence, près de 4,7 % de la population française, son incidence à près de 2 % [1] ainsi que le coût induit par ses complications, près de 7,9 milliards d'euros en 2017 [2] le diabète et le suivi de ses complications chroniques représente un enjeu de santé publique. Un bilan annuel, formalisé par des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) [3], devrait permettre de dépister

précocement la survenue de complications. C'est au médecin généraliste que revient la tâche de coordonner ce suivi. Cependant, à titre d'exemple, seuls 44 % des patients avaient entre deux et quatre dosages d'hémoglobine glyquée (HbA1C) dans l'année, et un quart seulement un dosage de microalbuminurie selon l'étude ENTRED 2007-2010 [4]. Les patients diabétiques ont une chance sur trois d'être hospitalisés



Tirés à part : H. Jouhair

doi:10.1684/met.2018.0713

dans une année donnée, et près de 57 % des plus de 80 ans [5]. Afin d'améliorer le suivi des complications chroniques du diabète, nous nous proposons ici d'évaluer l'effet à un an d'une hospitalisation en service de médecine hospitalière sur l'évolution de la prévalence des examens complémentaires.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective, incluant l'ensemble des patients hospitalisés dans un service de médecine pour « diabète » dans le programme médicalisé du système d'information (PMSI) du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil (CHIELVR) sur le premier semestre 2014. Ont été exclus les patients hospitalisés en réanimation, soins intensifs, surveillance continue et en hôpital de jour. En cas d'hospitalisations multiples durant la période d'inclusion, seule la première a été retenue.

La direction régionale du service médical de Normandie (DRSM) a fourni l'ensemble des remboursements des actes de laboratoire, des actes médicaux et des consultations spécialisées ambulatoires correspondant aux recommandations. Nous avons également relevé ces mêmes examens réalisés au CHIELVR. Les données ont été recueillies sur deux années consécutives, de part et d'autre de l'hospitalisation du patient afin de comparer l'évolution de la prévalence des examens avant et après l'hospitalisation.

Nous avons également relevé, pour les patients spécifiquement hospitalisés dans le service de médecine polyvalente le nombre de consultations de suivi programmées à la sortie.

Enfin nous avons recueilli les données sociodémographiques, ainsi que la fragilité médico-sociale [6] des patients.

En l'absence d'autorisation spécifique de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL), ce travail a été réalisé sur des données anonymes de l'assurance-maladie, ne nous permettant pas d'associer les données hospitalières et ambulatoires patient par patient.

Résultats

Description de la population étudiée

Cent soixante-dix-neuf (179) patients issus des bases de données de la DRSM correspondaient à nos critères d'inclusion (tableau 1).

Deux cent treize (213) patients correspondaient à ces critères dans le PMSI du CHIELVR ; vingt-six n'appartenaient pas au régime général, et, pour sept autres, le compte rendu d'hospitalisation (CRH) ne permettait pas de réaliser l'étude. Cent soixante-dix-neuf patients ont donc été étudiés sur le CHIELVR.

Tableau 1. Caractéristiques épidémiologiques

Caractéristiques	Moyenne	
	Cohorte n = 179	Médecine polyvalente n = 36
Âge moyen	60,9 ans	62,7
Sexe ratio F/H	0,49	0,56
DMS	7,16 jours	8,36 jours
IMC	31,7	30,06
	Proportion (%)	Proportion (%)
ADO à l'entrée	59	67
Insuline à l'entrée	58	44
ADO + insuline à l'entrée	29	25
IEC à l'entrée	55	44
Macroangiopathie connue	36	50
Microangiopathie connue	28	33
Fragilité sociomédicale	37	61

Trente-six patients constituaient un sous-groupe hospitalisé dans le service de médecine polyvalente de l'hôpital local de Louviers. Parmi les 143 patients restant, 140 venaient du service d'endocrinologie-diabétologie du CHIELVR.

Évolution du suivi total, ambulatoire et hospitalier un an avant et un an après hospitalisation

– Un patient (0,56 %) avait effectué l'ensemble du suivi recommandé par l'HAS avant l'hospitalisation en ambulatoire. Deux patients (1,12 %) avaient effectué l'ensemble du suivi recommandé par l'HAS après l'hospitalisation.

– Aucun patient n'avait effectué l'ensemble du suivi uniquement à l'hôpital ; cinq patients (2,76 %) ont effectué uniquement à l'hôpital l'ensemble du suivi recommandé au décours de cette hospitalisation (consultation chez le dentiste exclue, celle-ci n'étant pas réalisée au CHIELVR).

Bilan hospitalier

La figure 1 donne la prévalence des différents examens réalisés dans le cadre du bilan hospitalier.

Évolution du nombre d'examen avant et après l'hospitalisation (figure 2)

– En l'absence de bilan hospitalier, l'HbA1C progresse de 0,40 %, la microalbuminurie de 7 %, la consultation

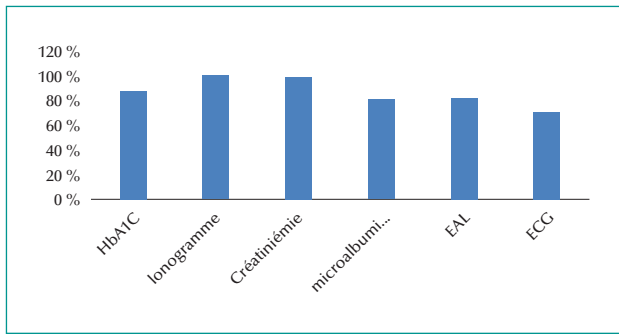


Figure 1. Bilan hospitalier.

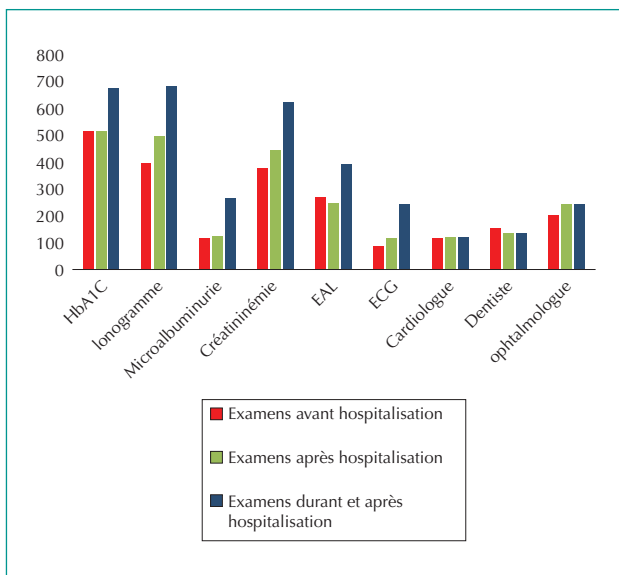


Figure 2. Évolution du nombre d'examen avant et après l'hospitalisation.

d'ophtalmologie de 19 %, la créatininémie de 16,3 %, les électrocardiogrammes (ECG) de 33 %, et la consultation de cardiologie de 2,6 %. La consultation dentaire baisse de 13 % et l'exploration des anomalies lipidiques de 10 %.

– L'inclusion du bilan hospitalier permet d'observer une progression du dosage de l'HbA1C de 30,9 %, quand la microalbuminurie progresse de 133 %, la consultation d'ophtalmologie de 20,3 %, la créatininémie de 63 %, les ECG de 174 %, l'exploration des anomalies lipidiques de 44 % et la consultation cardiologique de 2,6 %.

Redistribution des dosages vers les recommandations

La figure 3 illustre le degré de conformité aux recommandations pour trois examens (HbA1C, microalbuminurie et ophtalmologie).

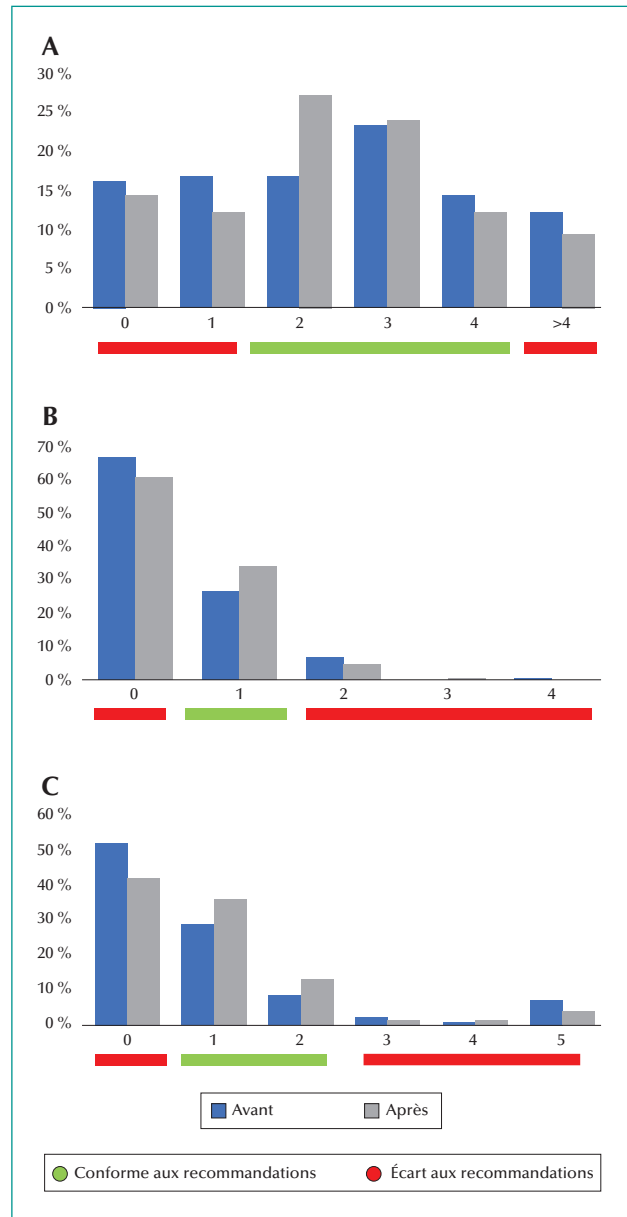


Figure 3. Répartition du nombre d'HbA1C (A), de microalbuminurie (B) et de consultations d'ophtalmologie (C) réalisées en ambulatoire avant et après l'hospitalisation.

L'organisation du suivi en médecine polyvalente

– Quarante-vingts pour cent (80 %) des patients sortant de médecine polyvalente ont une consultation avec un diabétologue à la sortie.

– Vingt-huit pour cent (28 %) ont une consultation avec un cardiologue à la sortie. Pour 6 %, la nécessité de cette consultation est mentionnée dans le CRH.

– Trente-six pour cent (36 %) des patients sortant de médecine polyvalente ont une consultation avec un

ophtalmologue à la sortie. Pour 14 % d'entre eux, cette nécessité est indiquée dans le CRH.

- La consultation dentaire est mentionnée dans le CRH pour 2 % des patients.
- Le suivi hospitalier par un diabétologue à un an augmente dans ce groupe de 22 %.
- Le suivi hospitalier par un cardiologue à un an augmente dans ce groupe de 7 %.
- Le suivi hospitalier par un ophtalmologue à un an augmente dans ce groupe de 26 %.

Discussion

Des biais et contraintes

Il est avant tout important de noter que cette étude monocentrique, issue d'un travail de thèse, s'intéressait uniquement aux patients du régime général, sur une période de deux années consécutives, et que seules les données hospitalières du CHIELVR nous étaient accessibles, créant un biais de confusion possible. De même, nous n'avons pu mesurer l'effet d'hospitalisations éventuelles dans d'autres structures durant la période étudiée. Enfin, les contraintes juridiques liées à l'absence d'autorisation de traiter des données nominatives ne nous ont pas permis d'exploiter au mieux les données dont nous disposions.

Le suivi global des diabétiques loin des recommandations

On note la très faible proportion de patients ayant réalisé l'ensemble du suivi tel que recommandé durant l'année qui précédait et celle qui suivait l'hospitalisation. Si l'un des objectifs de la loi du 9 août 2004 [7] était d'obtenir une surveillance conforme aux bonnes pratiques pour 80 % des patients diabétiques, nous n'obtenons dans notre cohorte que 0,56 % de suivi complet avant l'hospitalisation et 1,12 % après. Si l'on considère uniquement le suivi biologique – comprenant trois HbA1C, un bilan lipidique, une créatinine sanguine et une microalbuminurie –, le taux de suivi global est de 20 % avant l'hospitalisation puis 17 % au décours. La perte de suivi se faisait donc sur les consultations spécialisées. Des résultats similaires sont observés dans l'étude de Tsogli Esse *et al.* [8], où aucun patient n'avait bénéficié de l'ensemble du suivi en préhospitalisation.

Les recommandations ne sont-elles donc pas appliquées parce que les médecins traitants estiment qu'elles ne sont pas médicalement adaptées au suivi ambulatoire de leurs patients diabétiques [9], ou sont-elles effectivement compliquées à mettre en œuvre telles qu'elles sont actuellement formalisées ?

Une dynamique ambulatoire limitée...

Le suivi de la microangiopathie semble être favorisé par l'hospitalisation durant l'année qui suit ; on remarque en effet une augmentation du dosage de la microalbuminurie, de la créatininémie ainsi que de la réalisation du fond d'œil. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que ces examens sont ceux qui semblent être les plus difficilement réalisables en ambulatoire [4]. Le suivi de l'HbA1C n'est en revanche pas amélioré, ni le suivi des complications de macroangiopathie. L'augmentation du nombre d'ECG, de 33 %, alors que le nombre de consultations de cardiologie n'évolue dans le même temps que de 2,6 %, s'explique par la réalisation de ces examens lors d'hospitalisations ultérieures, ce qui est également noté dans l'étude de Tsogli Esse *et al.* [8]. Se pose la question du suivi cardiologique des patients diabétiques en ambulatoire, alors même que près de 35 % d'entre eux présentent dans notre étude une macroangiopathie connue à l'entrée.

... mais qualitativement plus équilibrée

En posthospitalier, on peut observer une diminution du nombre des patients les moins bien suivis, ainsi que de ceux ayant bénéficié de plus d'examens que recommandés. Ceci peut traduire une réduction des inégalités de suivi dans la population au décours d'une hospitalisation – ce qu'il faut encourager. En revanche, notre étude ne permettait pas de distinguer les patients bénéficiant d'examens complémentaires, non pas dans le dépistage de complications, mais dans le cadre du suivi d'une pathologie installée, ce qui pouvait justifier un nombre d'examens plus important que mentionné dans les recommandations.

Un bilan hospitalier exhaustif pour tous

La réalisation quasi systématique et exhaustive du bilan biologique lors de leur hospitalisation permet de s'assurer qu'au moins une fois, et pour près d'un tiers des diabétiques, chaque année, ces patients ont pu bénéficier du dépistage des atteintes chroniques de leur diabète. Cependant, cela pose la question du coût d'un tel bilan : dans le contexte médico-économique actuel, la rationalisation des soins est primordiale.

De plus, si la prévalence des examens paraclinique s'améliore, il n'en est rien pour la consultation de cardiologie, que ce soit en ambulatoire ou à l'hôpital. Ceci pose question. S'agit-il d'un déficit global de cardiologues, tant libéraux qu'hospitaliers, ces derniers, face au vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients diabétiques, ne pouvant plus répondre à la demande ? Ou encore, les recommandations sont-elles connues comme en médecine générale [9], mais jugées non adaptées à la pratique clinique et peu applicables ?

Prise en charge globale en médecine polyvalente au plus proche d'une population fragile

Il nous a paru intéressant d'étudier également les résultats sur la population du service de médecine polyvalente, celui-ci étant situé, dans le cas du CHIELV, à 20 km du reste de l'hôpital, sur un territoire où le taux de médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants est en dessous du taux national et régional [10, 11]. On constate que la population y est plus fragile sur le plan médico-social, que les complications du diabète y sont également plus fréquentes. Ce sont donc des patients plus vulnérables et paradoxalement moins bien suivis.

Le service de médecine polyvalente de Louviers, au centre d'un désert médical, permet de dispenser le même niveau d'expertise médicale qu'un service expert en matière de diabète. Le rôle de l'hôpital public est ici primordial puisqu'il permet de nuancer les inégalités de suivi et d'accès aux soins. Certes, une hospitalisation pour bilan de diabète ne se justifie pas compte tenu des coûts induits. En revanche, dès lors qu'elle peut servir de « tremplin » à une intensification thérapeutique, dans une population sous-suivie et par là même probablement sous-traitée, on peut présumer de l'efficacité positive de l'hospitalisation. Avec l'application des nouvelles recommandations, les cibles thérapeutiques sont plus larges. Ces patients sont alors plus exposés à la survenue de complications. S'applique alors pour les patients les plus vulnérables un phénomène de double peine. C'est pour cette catégorie de patients que la médecine polyvalente a toute sa place dans l'organisation des soins, dans le cadre d'une prise en charge graduée entre la médecine générale de terrain et les centres experts de diabétologie, en apportant proximité et individualisation à la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. *Bull Epidémiol Hebd* 2014; (30-31): 493-9.
2. CNAMTS. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance-maladie pour 2017*. Paris: CNAMTS, 2016.
3. Haute Autorité de Santé (HAS). *Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète*. Paris: Haute Autorité de Santé, 2014.
4. Druet C, Roudier C, Romon I, et al. *Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques*. Saint-Maurice: InVS, 2012.
5. Ricci P, Weill A, Ricordeau P, et al. Dynamique des dépenses de santé des patients diabétiques en France (2007-2008). *Prat Org Soins* 2010; 41(4): 88.
6. HAS. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Points clés, solutions et organisation des parcours*. Paris: HAS, 2013.
7. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *JORF* [en ligne]. 2004 ; (185) : 14277, texte n° 4 (consultée le 19/01/2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/SANX0300055L/jo/texte>.
8. Tsogli Esse, Belle J, Demets S, et al. Évaluation du suivi avant hospitalisation des patients diabétiques de type 2 âgés de 65 ans et plus. *Medecine* 2017; 13(1): 34-9.
9. Cogneau J, Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, et al. Écart entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2, les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *Presse Med* 2007; 36: 764-70.
10. Sécurité sociale, L'Assurance-maladie. *Annuaire Santé* [en ligne], (consultée en 04/2017). <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Cartographie interactive de la démographie médicale* [en ligne], (consulté le 09/04/2017). <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>.