

Bienvenue !

Nous débutons à 20h15

JEUDI
13
NOVEMBRE
Bordeaux





Diabète : de quoi parle-t-on ? Les outils biologiques de dépistage, de diagnostic et de surveillance



Dr Frédéric Laurent
URPS Biologistes Médicaux Nouvelle-Aquitaine

Rappel

Le diabète sucré est une affection métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé) liée à une déficience de la sécrétion ou de l'action de l'insuline ou les 2. (Santé Publique France)

2 formes principales de diabète :

- **Diabète de type 1 (DT1)** : essentiellement chez l'enfant / adulte jeune ($\approx 6\%$ des cas de diabète)
- **Diabète de type 2 (DT2)** : la forme la plus fréquente ($> 90\%$ des cas) essentiellement chez l'adulte mais peut apparaître aussi dès l'adolescence.

Rappel

Chiffres clés :



Santé Publique France 2023

- **Prévalence en augmentation (4,6% en 2012 – 5,3% en 2015 – 6,48% en 2023)**
Cause importante de handicap d'altération de la qualité de vie avec des risques multiples de complications à moyen et long terme.
- **Problème majeur de santé publique.**

Diagnostic au laboratoire de biologie médicale

- Dosage de la **glycémie par prise de sang chez un sujet à jeun (12h de jeûne)**

Attention ! durée du jeûne (8h-16h max) et nature du tube de prélèvement utilisé
(si réalisé à domicile => privilégier un tube fluorure pour stabiliser la glycémie ou apporter le tube rapidement au laboratoire après le prélèvement sinon risque de sous-estimation du résultat)

Prise de sang	Diabète
Glycémie à jeun (8h min / 16h max)	$\geq 1,26 \text{ g/L}$ ou $\geq 7 \text{ mmol/L}$
Glycémie <i>non à jeun</i>	$\geq 2 \text{ g/L}$ ou $\geq 11 \text{ mmol/L}$

Diagnostic au laboratoire de biologie médicale

- **Pour le DT1 :** le plus souvent de découverte brutale chez un sujet jeune avec symptômes +++, (polyuro-polydypsique, déshydratation... +/- décompensation acido-cétosique)
=> prise en charge fréquente aux Urgences avec confirmation par prise de sang et analyse d'urine : *Glycosurie, Cétonurie, Glycémie et recherche des auto-anticorps : Anti-insuline (IAA), anti-IA2, anti-GAD, anti-ZnT8 (HN)*.
- **Pour le DT2 :** le plus souvent lors d'un bilan sanguin de routine, classiquement :
 - chez un adulte > 40 ans,
 - avec surpoids (IMC > 25 kg/m²)
 - avec signes de syndrome métabolique (tour de taille élevé, HTA, dyslipémie)
 - antécédents familiaux et ou obstétricaux

Comment dépister le DT2 ?

- **Après 45 ans** ou chez les personnes à risque ou présentant un syndrome métabolique.
- Dépistage à réaliser **tous les ans pour les sujets avec prédiabète**.
- Dépistage à réaliser **tous les 3 ans chez :**
 => Sujet en surpoids ou obèse ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ si origine asiatique) avec au moins un des facteurs de risque suivants :

antécédent familial de diabète au 1^{er} degré	HTA (traitée ou non)	antécédent de maladie cardiovasculaire	HDL-Cholestérol $< 0,35\text{g/L}$ (ou $< 0,90 \text{ mmol/L}$) ou avec Triglycérides $> 2,5 \text{ g/L}$ (ou $> 2,82 \text{ mmol/L}$)
antécédent de syndrome des ovaires polykystiques	absence d'activité physique	autres situations indiquant une insulinorésistance (<i>acanthosis nigricans...</i>)	

=> Patiente avec antécédent de **diabète gestationnel**

Dépistage du diabète gestationnel

- Concerne **10 à 15% des grossesses** (risque + macrosomie, dystocie)
- Dépistage ciblé** : avec au moins un facteur de risque (> 35 ans, IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$, antécédent de diabète au 1^{er} degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou de macrosomie)
- Défini par une hyperglycémie **entre la 24e et la 28e semaine d'aménorrhée**, dépisté par une HGPO avec **ingestion de 75g de glucose avec 3 dosages de glycémie** à T0, T+1h et T+2h (1 seule valeur $>$ seuil suffit pour le diagnostic) :

Valeurs
Seuils
Diabète gestationnel

Glycémie	g/L	mmol/L
à T0 (glycémie à jeun)	$\geq 0,92$	$\geq 5,10$
à T+1h	$\geq 1,80$	$\geq 10,0$
à T+2h	$\geq 1,53$	$\geq 8,5$

Dépistage du diabète gestationnel

Si diabète gestationnel + => Risque de récidive lors d'une prochaine grossesse
=> Risque de survenue d'un DT2

Un dépistage du diabète est recommandé par la suite dans les 4-6 semaines du post-partum puis tous les 3 ans

Valeurs seuils

	Prédiabète		Diabète
	Hyperglycémie modérée à jeun	Intolérance au glucose	
Glycémie à jeun	1,10 g/L à 1,25 g/L 6,1 à 6,9 mmol/L		≥ 1,26 g/L ≥ à 7 mmol/L
Glycémie 2h après une charge de glucose (HGPO)		1,40 à 1,99 g/L 7,8 à 11 mmol/L	≥ 2 g/L ≥ 11 mmol/L
HbA1c	5,7 à 6,4% (39-47 mmol/L)		≥ 6,5% (≥ 48 mmol/L)

Le suivi du diabète au laboratoire

Par le dosage de l'**hémoglobine glyquée (HbA1c) tous les 3 mois.**

HbA1c = le **reflet de la glycémie moyenne durant les 120 derniers jours**
(objectif en surveillance = idéalement < 7% mais adapté à chaque situation)
=> Dosage par prise de sang, **pas besoin d'être à jeun.**
=> L'*HbA1c officiellement non retenue pour le diagnostic à ce jour*

Attention aux situations perturbant le dosage de l'HbA1c :

Grossesse, hémolyse / hémorragie, insuffisance rénale, hémodialyse, **hémoglobinopathies** (HbS, HbF), splénectomie / splénomégalie, certains médicaments (B12, fer, EPO, antiviraux, IFN, dapson...)

Alternative au dosage de l'HbA1c => Fructosamines
(= ensemble des protéines glyquées circulantes)

Reflète l'équilibre moyen de la **glycémie sur les 2 à 3 dernières semaines**
=> + grande réactivité si nécessité d'ajuster rapidement

Attention aux éventuelles pathologies associées influençant le taux de protéines

Valeurs de références des Fructosamines :

- Valeurs normales : chez l'adulte sain normoglycémique = **de 150 à 285 µmol/l**
- Chez un patient diabétique bien équilibré, les valeurs attendues sont **< 350 µmol/l**
(valeurs légèrement abaissées au cours de la grossesse du fait de l'hémodilution)

Pas de prise en charge
des 2 dosages
Fructosamines + HbA1c
(il faut choisir)

Fructosamines = dosage plus rare
=> délais de résultats + longs

Focus sur le suivi de la fonction rénale

30% des patients diabétiques ont une néphropathie et 30% d'entre eux évoluent vers l'insuffisance rénale terminale.

Diabète = 1^{ère} cause d'insuffisance rénale terminale => dialyse / transplantation rénale

➤ **Rechercher la néphropathie TOUS LES ANS !**
(dès le diagnostic de DT2 et à partir de 5 ans après celui du DT1) :

- ❖ Prise de sang + recueil d'un échantillon d'urines
 - Dosage de la créatinine sanguine
 - Calcul du DFG (Débit de filtration glomérulaire) par la formule CKD-EPI
 - Dosage de l'albuminurie (excrétion urinaire d'albumine) + de la créatininurie sur échantillon
 - Calcul du rapport Albumine/créatinine urinaire (RAC)

Focus sur le suivi de la fonction rénale

- Si l'albuminurie est pathologique ($> 30 \text{ mg}/24 \text{ h}$ ou RAC $> 30 \text{ mg}/\text{mmol}$)
 - ❖ Faire un **dosage de confirmation** par un deuxième prélèvement six mois après le premier (*en l'absence d'infection urinaire, de menstruations ou de déséquilibre glycémique majeur*)
 - ❖ **Orienter vers néphrologue si atteinte atypique** (suspicion d'une autre cause) ou **dès que le DFG < 44 mL/min**
 - ❖ Penser **KFRE ou SRR** (Score de Risque Rénal)
(1 fois par an, pour les patients avec DFG $\leq 60 \text{ mL/min}$)





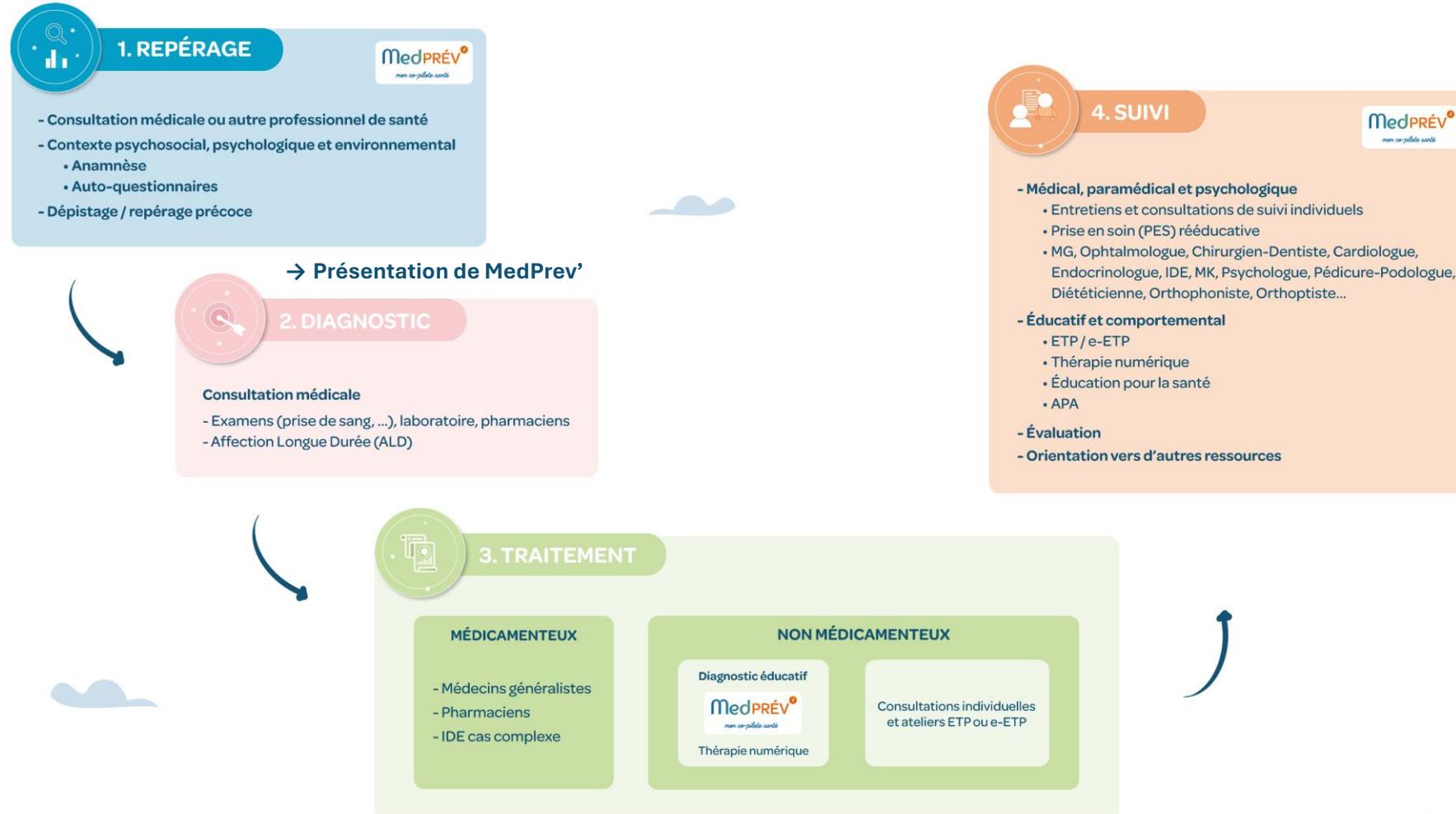
Complémentarité des actions et des acteurs dans le parcours d'un patient diabétique



Dr Jean-Luc Delabant et Angélique Moreira
URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

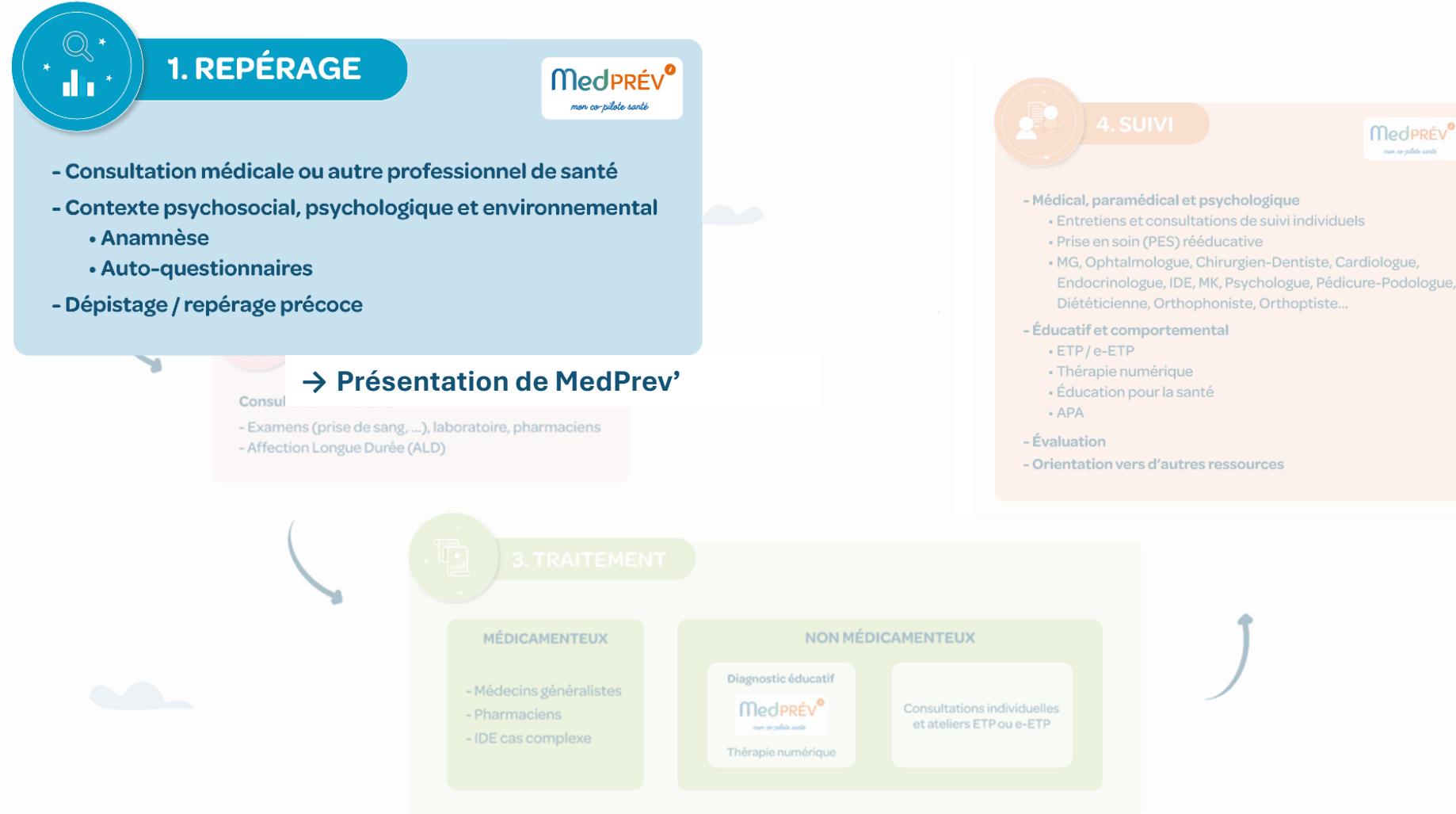
Complémentarité des Acteurs et des Actions dans le parcours du Patient diabétique de type 2

Dépister et accompagner les personnes diabétiques de type 2, à modifier et à adapter leurs habitudes de vie pour mieux vivre avec leur pathologie.



Complémentarité des Acteurs et des Actions dans le parcours du Patient diabétique de type 2

Dépister et accompagner les personnes diabétiques de type 2, à modifier et à adapter leurs habitudes de vie pour mieux vivre avec leur pathologie.



MedPrev' : un parcours personnalisé de prévention

qui peut aider au repérage du diabète de type 2



Inscription par un professionnel

Entretien motivationnel

Auto-questionnaires
Habitudes de vie
Seul ou accompagné

Site web
À venir appli mobile

Analyse réponses questionnaires
Plan personnel prévention défini avec un professionnel

Entretien motivationnel

Consultations de suivi avec un ou des professionnels

Approche motivationnelle



Fausses croyances, Attitudes, Perceptions, Motivation au changement



Définition d'objectifs, partage de ressources et de contacts



Traçabilité des décisions

OBJECTIFS EN COURS

Vous pouvez cocher les actions déjà mises en œuvre, les objectifs atteints

1 Perdre 5 kilos en 3 mois Dr. Nicolas Koller

Objectif atteint 14/07/2024 | Objectif atteint 24/07/2024

ACTIONS NÉGOCIÉES Courir 10 km par semaine Manger des légumes 3 fois par semaine

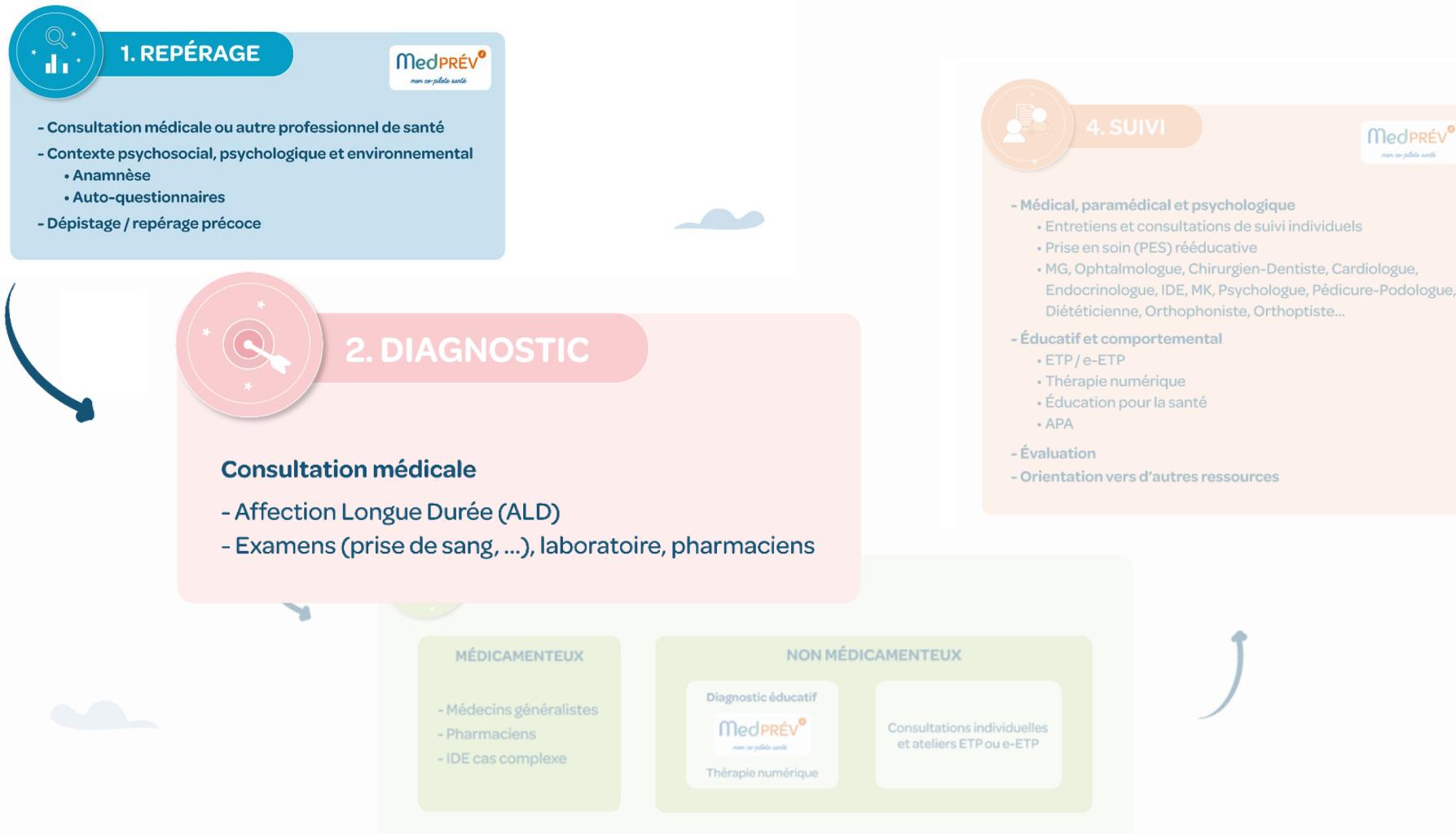
LEVIERS Non motivé Non dédié à la santé

FREINS Mon temps disponible

Analyse, définition de nouveaux objectifs, partage ressources et contacts

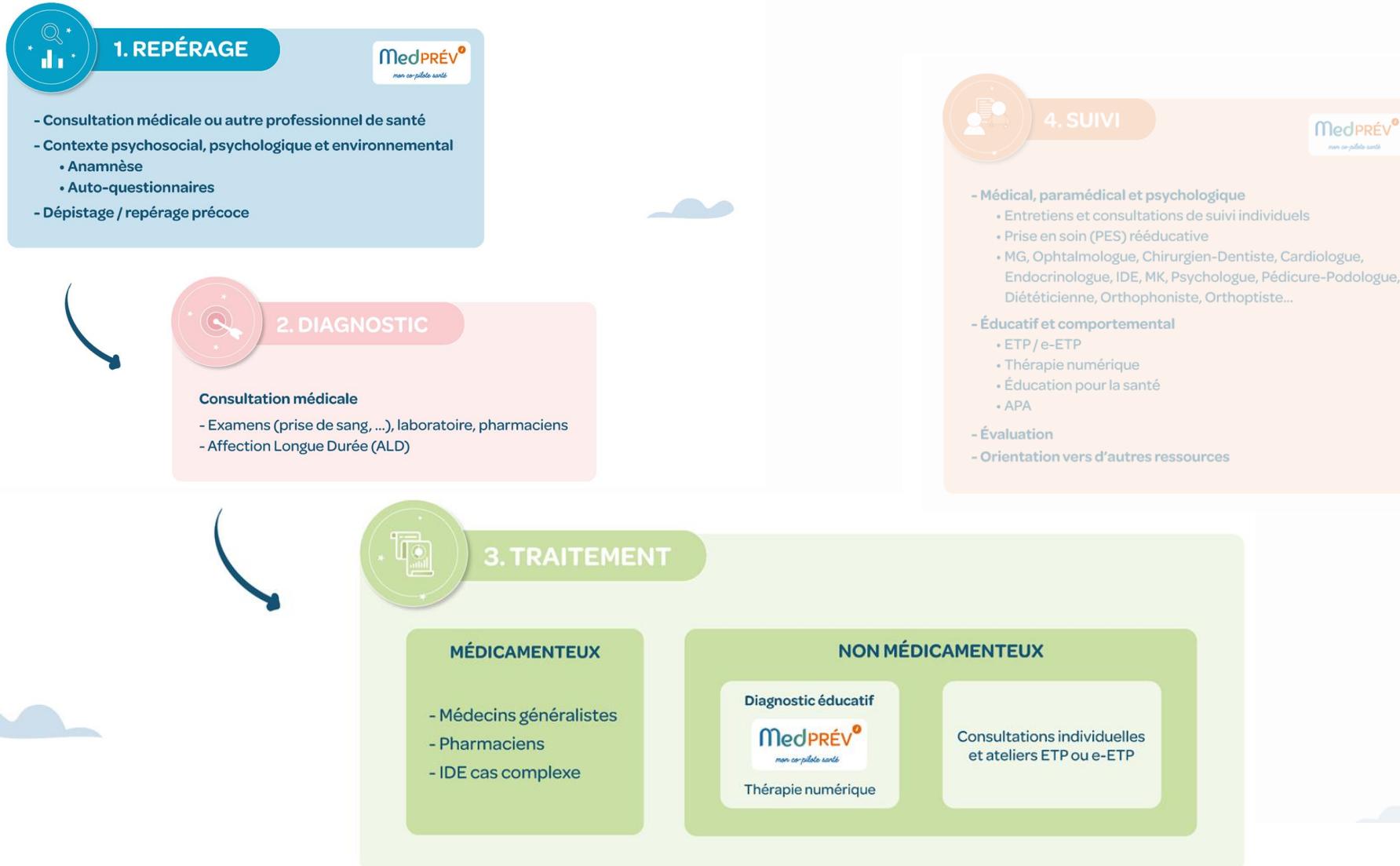
Complémentarité des Acteurs et des Actions dans le parcours du Patient diabétique de type 2

Dépister et accompagner les personnes diabétiques de type 2, à modifier et à adapter leurs habitudes de vie pour mieux vivre avec leur pathologie.



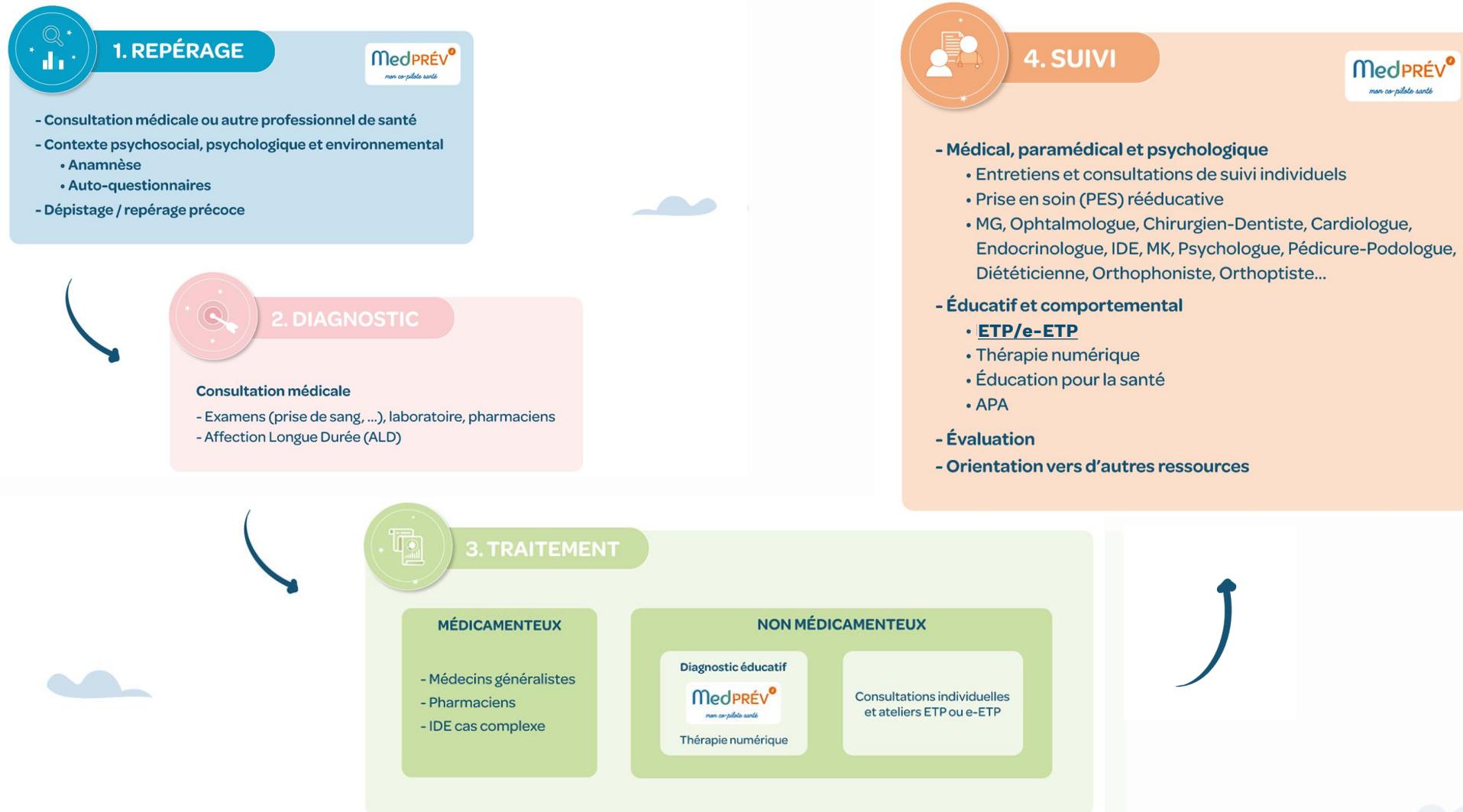
Complémentarité des Acteurs et des Actions dans le parcours du Patient diabétique de type 2

Dépister et accompagner les personnes diabétiques de type 2, à modifier et à adapter leurs habitudes de vie pour mieux vivre avec leur pathologie.



Complémentarité des Acteurs et des Actions dans le parcours du Patient diabétique de type 2

Dépister et accompagner les personnes diabétiques de type 2, à modifier et à adapter leurs habitudes de vie pour mieux vivre avec leur pathologie.



Les types de programmes ETP à destination de patients diabétiques

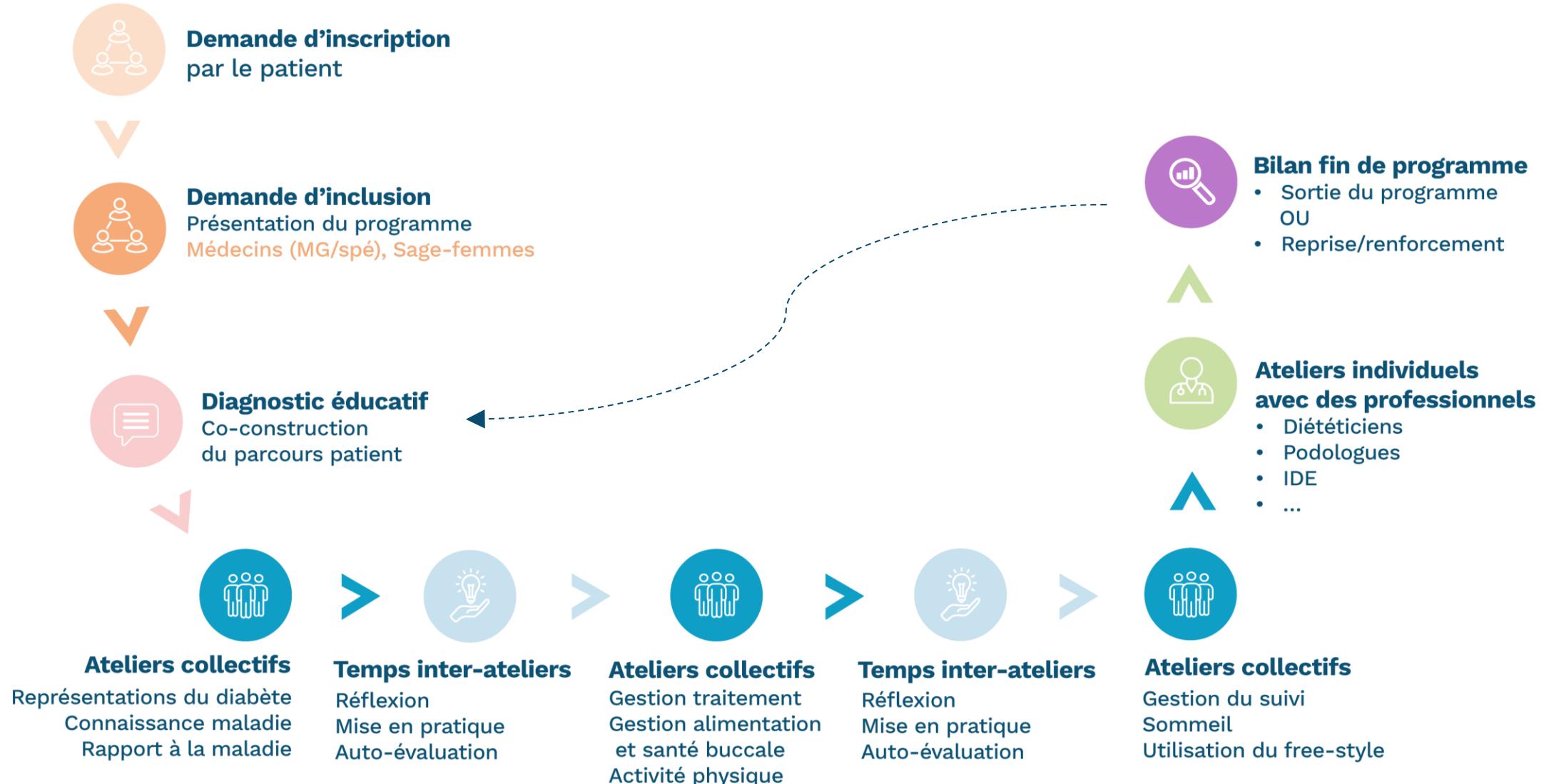
- Diabète de type 1
- Diabète de type 2
- Diabète gestationnel
- Polypathologique



Où trouver les programmes ETP pour vos patients ? Lien vers Ethna

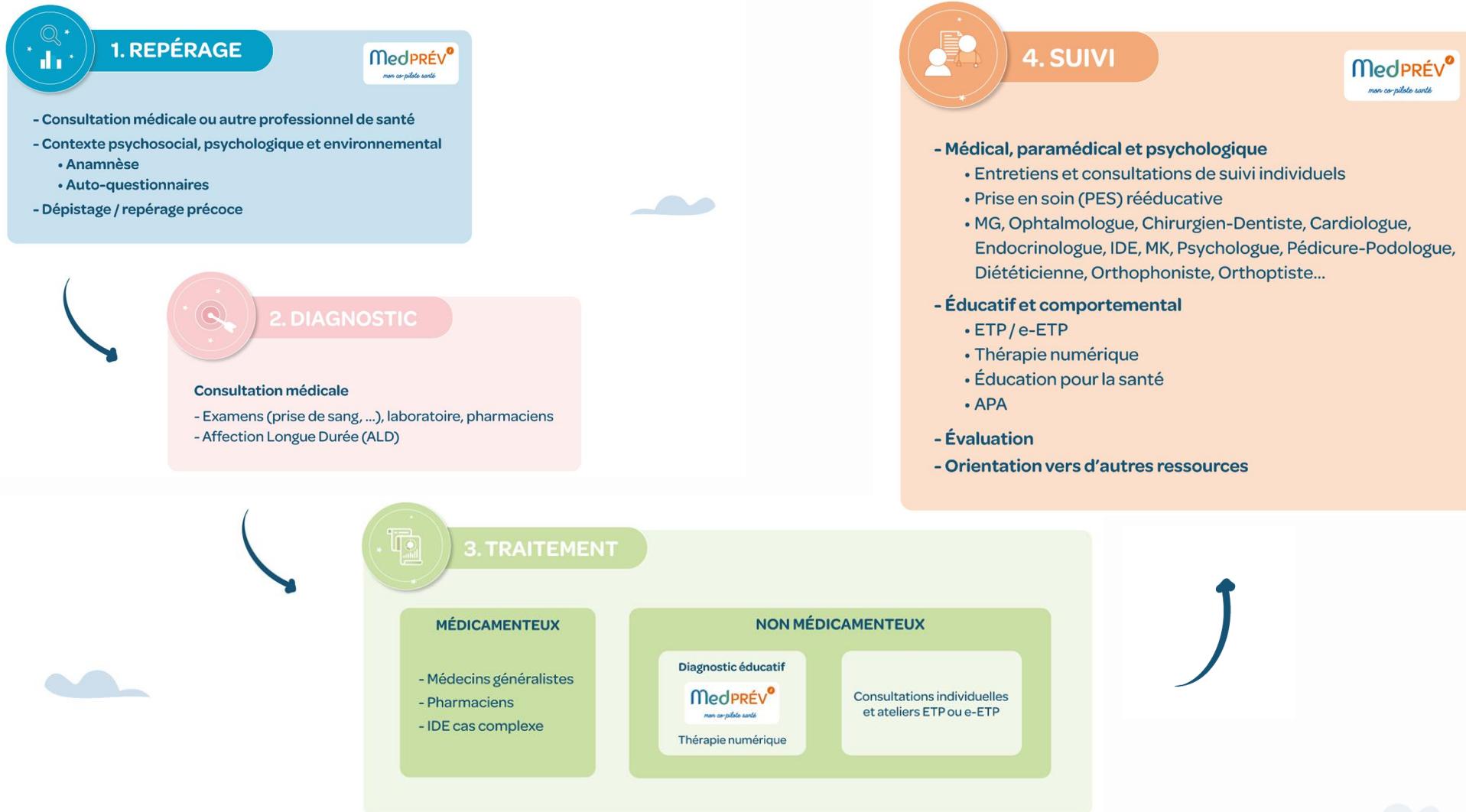


Parcours ETP d'un Patient diabétique



Complémentarité des Acteurs et des Actions dans le parcours du Patient diabétique de type 2

Dépister et accompagner les personnes diabétiques de type 2, à modifier et à adapter leurs habitudes de vie pour mieux vivre avec leur pathologie.







Kinésithérapie et diabète : Un rôle essentiel pour prévenir et mieux vivre avec la maladie



Mme Caroline Sacchiero-Vicaigne
URPS Masseurs-kinésithérapeutes Nouvelle-Aquitaine

LA KINÉSITHÉRAPIE ET LE DIABÈTE : UN RÔLE ESSENTIEL POUR PRÉVENIR ET MIEUX VIVRE AVEC LA MALADIE

En France, près de 4 millions de personnes vivent avec un diabète. Cette maladie chronique expose à de nombreuses complications : douleurs, perte de mobilité, ulcères du pied, risque accru de chutes, ou encore limitation de l'autonomie.

La kinésithérapie joue un rôle **clé** pour accompagner les patients, prévenir les complications et améliorer la qualité de vie au quotidien.

Les recommandations nationales (HAS, Ministère de la Santé, Vidal) confirment l'importance de l'activité physique adaptée, de la prévention des complications et de l'accompagnement kinésithérapeutique.



1-L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET ENCADRÉE + LA RÉÉDUCATION ACTIVE

L'activité physique fait partie des mesures non médicamenteuses prioritaires dès le diagnostic de diabète de type 2 (HAS, 2024).

Le kinésithérapeute conçoit et supervise des programmes adaptés associant exercices d'endurance et de renforcement musculaire, qui améliorent la force, la mobilité et l'équilibre glycémique (Kataoka et al., 2025).



La téléconsultation peut être utilisée en complément pour assurer un suivi, maintenir la motivation et sécuriser la pratique en complément du présentiel.

Le pied diabétique est l'une des complications les plus graves.

- La kinésithérapie contribue à prévenir et limiter les lésions par :
 - la rééducation de la marche,
 - le travail musculaire pour améliorer la circulation,
 - mobilisation active, étirement manuel et massage
 - la stimulation mécanique manuelle pour favoriser la cicatrisation des plaies (Medeiros et al., 2022).
- La HAS (guide Parcours de soins, 2014) insiste sur l'importance du dépistage précoce du pied à risque et de la prévention des lésions.

2- LA PRISE EN CHARGE DU PIED DIABÉTIQUE



3. LA RÉÉDUCATION DE L'ÉQUILIBRE ET LA PRÉVENTION DES CHUTES

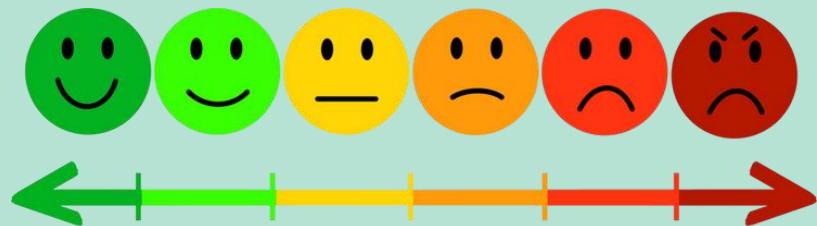
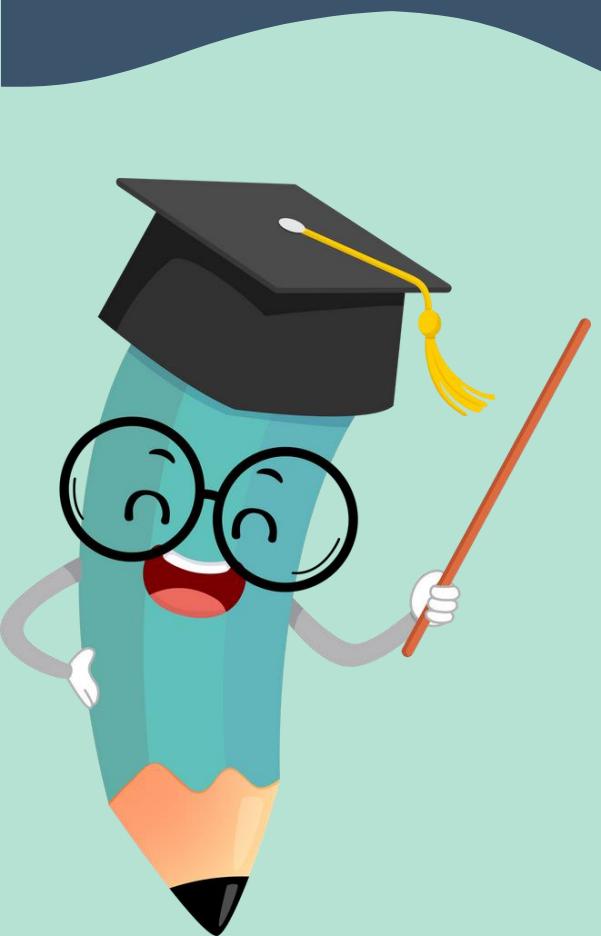


Les neuropathies périphériques liées au diabète augmentent le risque de chute.

- Les exercices de proprioception, d'équilibre, de marche, ou des conseils à pratiquer des activités comme le yoga ou le tai-chi réduisent significativement ce risque (Alissa et al., 2024 ; Kamal et al., 2020)
- La kinésithérapie est indiquée pour les patients atteints de polyneuropathie diabétique, selon les recommandations (Vidal, de rééducation fonctionnelle 2016.)

4. LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

L'ensemble de la rééducation, notamment le travail musculaire actif permet de réduire significativement les douleurs des patients. (alsubheen et al., 2020)



5. UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET COORDONNÉE



La HAS rappelle que la prise en charge du diabète repose sur une stratégie multidisciplinaire intégrant des mesures hygiéno-diététiques, de la prévention et des soins spécifiques.

Le kinésithérapeute intervient :

PRÉVENTION

activité physique, dépistage
des troubles de la marche
et du pied et troubles
circulatoires

TRAITEMENT

mobilité,
cicatrisation,
équilibre, douleur

ÉDUCATION

autonomisation du patient, en lien
avec les médecins, infirmiers,
podologues, diététiciens et
éducateurs en activité physique
adaptée

CONCLUSION



La kinésithérapie s'impose en France comme une composante indispensable de la prise en charge du diabète.

Elle contribue à :

- ✓ améliorer la mobilité et la force globale,
- ✓ protéger le pied diabétique et favoriser la cicatrisation,
- ✓ prévenir les chutes,
- ✓ soulager les douleurs,
- ✓ maintenir l'autonomie et la qualité de vie.

Les recommandations de la HAS et des guides officiels confortent ces rôles, notamment autour de **l'activité physique adaptée** et de la **prévention des complications**.

INTERVENTIONS EN KINÉSITHÉRAPIE



Domaine d'intervention	Objectifs	Techniques / moyens utilisés	Références
Rééducation Active	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer force, mobilité, endurance - Aider au contrôle glycémique (HbA1c) - Prévenir la sédentarité 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercices aérobiques (marche, vélo, tapis) - Renforcement musculaire adapté - Étirements et travail de mobilité - Prescription encadrée, suivi par séances ou téléconsultation 	HAS 2024 ; Kataoka et al., 2025
Pied diabétique	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les ulcères et complications - Favoriser la cicatrisation - Maintenir la marche et l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisations et exercices fonctionnels - Rééducation de la marche - Travail musculaire pour stimuler la circulation - Conseils de prévention (chaussage, auto-surveillance) 	HAS 2014 ; Medeiros et al., 2022
Équilibre et prévention des chutes	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le risque de chute (neuropathie périphérique) - Améliorer la stabilité posturale et la proprioception 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercices de proprioception (plateaux, tapis) - Exercices d'équilibre statique et dynamique - Conseils d'activités adaptées : yoga, tai-chi, marche - Réentraînement à l'effort progressif 	Vidal 2016 ; Alissa et al., 2024 ; Kamal et al., 2020
Douleurs neuropathiques	<ul style="list-style-type: none"> - Soulager les brûlures, picotements, douleurs électriques - Améliorer la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisations douces - Exercices de désensibilisation et travail sensorimoteur 	Kannan et al., 2022
Douleurs musculosquelettiques (ex. épaule diabétique)	<ul style="list-style-type: none"> - Restaurer la mobilité - Réduire la douleur - Prévenir l'enraideissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisations articulaires - Exercices actifs et passifs - Renforcement progressif et travail fonctionnel 	Alsubheen et al., 2020
Éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'autonomie du patient - Intégrer l'activité physique au quotidien - Prévenir les complications 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils personnalisés (activité, posture, hygiène de vie) - Formation à l'auto-surveillance du pied - Stratégies de maintien d'activité 	HAS 2024 ; Guide parcours soins diabète 2014



Rôles du pharmacien dans l'accompagnement du patient

Dr Marie-Hélène Tessier
URPS Pharmaciens Nouvelle-Aquitaine

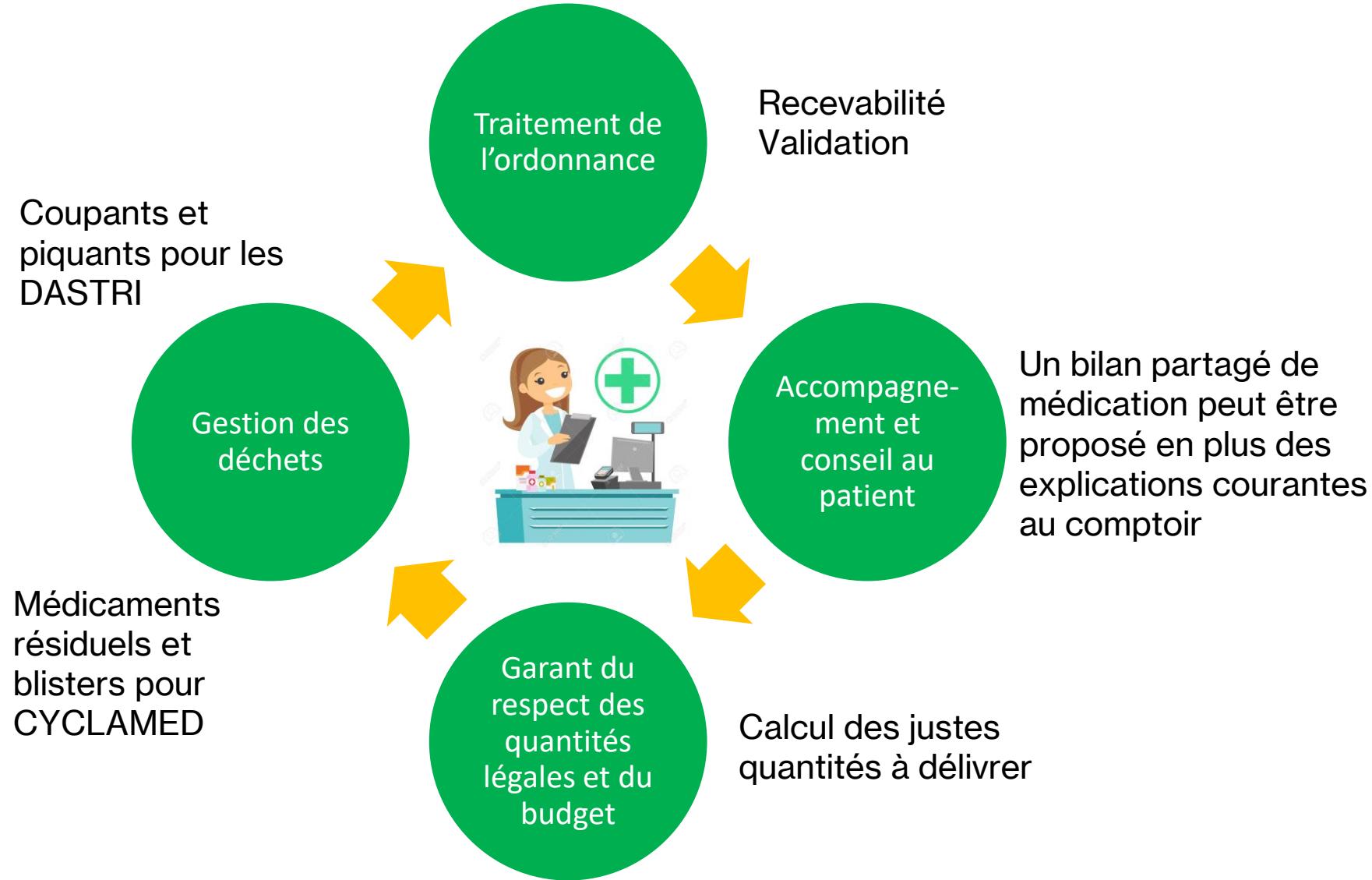
La pharmacie

Accès direct sans RDV

Peu sollicitée pour la prévention, car les glycémies capillaires de dépistages n'y sont autorisées que durant les campagnes nationales.



Pharmacien et diabète : un rôle multiple



Le traitement de l'ordonnance

30% des ordonnances falsifiées concernent des antidiabétiques.
 Chaque semaine, nous nous connectons sur ASAFO pour consulter le fichier des fausses ordonnances.

Conditions de prise en charge actuelles des médicaments AGLP-1

Médicament	Monothérapie	Bithérapie avec metformine	Bithérapie avec sulfamide	Bithérapie avec insuline	Trithérapie avec metformine + sulfamide	Trithérapie avec metformine + insuline
Classe des analogues du GLP-1 (AGLP-1)						
Byetta®	Non remboursable (Pas d'AMM)	Remboursable	Remboursable	Non remboursable	Remboursable	Remboursable
Victoza®	Non remboursable	Remboursable	Remboursable	Non remboursable	Remboursable	Remboursable
Trulicity®	Non remboursable	Remboursable	Non remboursable (Remboursement non sollicité)	Non remboursable	Remboursable	Remboursable
Ozempic®	Non remboursable	Remboursable	Non remboursable	Non remboursable	Remboursable	Remboursable

Indication thérapeutique remboursable (ITR) ;

Indication non remboursable (« hors ITR »)

Garant du respect des quantités légales et du budget

	<p>Calcul des quantités délivrées</p> <p>Exemple pour une prescription de TOUJEO SOLOSTAR à 24 UI / jour pendant 1 mois (et non « selon protocole »!):</p> <p>TOUJEO SOLOSTAR est à 300 UI/ml avec 3 stylos de 1,5 ml / boîte On a donc 450 UI/stylo et 1350 UI/ boîte, Pour 28 j , il faut $24 \times 28 \text{ j} = 672 \text{ UI}$ Il restera $1350 - 672 = 678 \text{ UI}$ pour le mois suivant. Fin décembre, la sécurité sociale contrôle et peut nous réclamer des indus.</p>
	<p>Maitrise du budget</p> <p>Sont remboursés:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 lecteur de glycémie tous les 4 ans- 1 stylo auto-piqueur par an- 24 capteurs Free-style par an- 200 bandelettes et lancettes par an pour les diabétiques non insulino-dépendants

L'accompagnement du patient

Le pharmacien aide le patient dans l'apprentissage du matériel prescrit, pour le rendre autonome.



Les conseils d'utilisation

Le stylo auto piqueur se règle selon la profondeur de la piqûre souhaitée. Nous rappelons que la lancette est à usage unique.



La bonne compréhension du résultat doit permettre au patient d'appliquer le protocole qui lui a été prescrit .

Le traitement des déchets

Espace Pharmacies ACCUEIL | COMMANDES | COLLECTES | SOLUTION VACCINS | PROFIL | AIDE

Bienvenue dans votre espace personnel

POWER

COMMANDER DES BOITES

SUIVRE MES COMMANDES

SUIVRE MES COLLECTES

SOLUTION VACCINS

DECLARER VOS E-DASRI

Tous les contenants sont stockés à l'officine.
Les boites jaunes en plastique rapportées par les patients viennent remplir des bacs cartons que nous entreposons jusqu'à leur évacuation par un éco-organisme.

Suivi à domicile des patients diabétiques : une mission essentielle des infirmiers libéraux

Mme Karima Youalla
URPS Infirmiers Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Identifications des besoins

L'**identification des besoins** du patient passe par une **consultation infirmière** pendant laquelle l'IDEL recense les éléments préalables à toute prise en charge :

- le degré d'autonomie de la personne,
- les besoins de soins et la nature du traitement,
- les besoins d'éducation à la maladie,
- la présence de personnes ressources dans l'entourage,
-



Mise en place efficace des soins et de leur organisation
(nombre de passages, horaires, injections...)

Soins infirmiers et surveillance

La prise en charge infirmière à domicile peut impliquer **des contrôles de glycémie**, des **prises de sang de contrôle d'hémoglobine glyquée** et des distributions de **médicaments antidiabétiques oraux**.

Ces prises en charge peuvent également nécessiter la réalisation, sous prescription médicale, **d'injections d'insuline et l'adaptation des doses selon protocole**.

Il est important de bien noter les points d'injection afin de respecter une bonne rotation et limiter ainsi le risque de lipodystrophies (résorption aléatoire de l'insuline qui va elle-même engendrer une certaine instabilité glycémique).



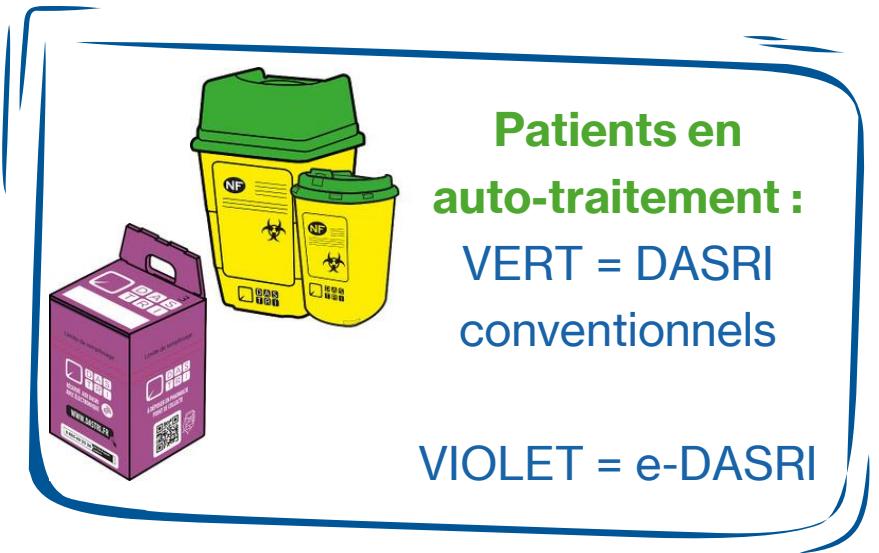
A ces soins infirmiers prescrits peuvent également s'ajouter des **soins de pansements**.

Environ 20% des patients diabétiques présenteront au moins une plaie (notamment aux pieds) dont la cicatrisation sera rendue plus difficile par la maladie.

Soins infirmiers et surveillance

Les IDEL sont habilités à prescrire, dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, les accessoires pour lecteur de glycémie : lancettes, bandelettes d'auto-surveillance glycémique, auto-piqueurs à usage unique, seringues avec aiguilles pour auto-traitement, aiguilles non réutilisables pour stylo injecteur, ensemble stérile non réutilisable (aiguilles et réservoir) et embout perforateur stérile.

La gestion du diabète à domicile passe également par la **gestion des Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI)** :



Education des patients et accompagnement thérapeutique

L'éducation des patients représente une partie importante du **rôle propre des infirmiers libéraux** :

La loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier indique parmi les mission des IDEL de "Participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage".

Cette mission est essentielle, notamment pour les personnes âgées, dépendantes ou souffrant de troubles cognitifs et participe à la mise en sécurité du patient.

L'idéal, selon le contexte, est d'**éduquer le patient de sorte qu'il soit en mesure de contrôler sa glycémie et de s'injecter si besoin la bonne dose d'insuline**.

Prévention et coordination

Pour les patients insulino-traités de plus de 75 ans, le médecin traitant peut prescrire une “**séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière de prévention**” qui inclut entre autres :

- la vérification de l’observance des traitements et du **régime alimentaire**
- la participation au **dépistage et le suivi des éventuelles complications**, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées
- la prévention de l’apparition de ces complications, en particulier par le **maintien d’une hygiène correcte**
- la tenue d’une **fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant**, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications

Les IDEL peuvent donc **sensibiliser aux nombreuses complications** qui touchent les différentes parties du corps et inviter leurs patients à des **contrôles réguliers auprès des autres professionnels de santé**.



Prévention, repérage et évolution des prises en charge

Mme Pauline Lauze
URPS Pédicures-podologues Nouvelle-Aquitaine

Pied et diabète : évolution dans la prise en charge des séances chez le pédicure-podologue



Depuis le 15 mai 2022, les personnes diabétiques peuvent bénéficier de plus de séances remboursées chez le pédicure-podologue.

Avec une OU SANS prescription du médecin, le patient diabétique, déclaré en affection longue durée (ALD) peut bénéficier d'une prise en charge à 100 %.

Pied et diabète : évolution dans la prise en charge des séances chez le pédicure-podologue



1 séance bilan pour tous les patients diabétiques

5 séances de soins de prévention au maximum
pour les personnes à risque de **grade 2**

6 à 8 séances de soins de prévention au maximum
pour les personnes à risque de **grade 3** avec une plaie
en cours de cicatrisation

**IL EXISTE 4 GRADES DE RISQUES
DE COMPLICATIONS DU DIABETE
AU NIVEAU DES PIEDS**

Grades : comment s'y retrouver ?

Les grades déterminent la prise en charge :

Grade 0 : Sensibilité du pied n'est pas affectée

Grade 1 : Sensibilité est affectée mais n'est pas associée à d'autres complications

Grade 2 : Sensibilité est affectée et associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou une déformation du pied

Grade 3 : Antécédents de complications sévères (ulcère au pied et / ou amputation des membres inférieurs)

Pour résumer

	<p>Ne relevant pas du grade 2 ou 3</p> <p>5 SEANCES /an = 1 BILAN-SOIN 32€ + 4 SOINS 27€</p>	<p>SEANCE INITIALE</p> <p>1 BILAN SOIN = 27€</p>
	<p>GRADE 2</p>	
<p>GRADE 3a</p> <p>8 SEANCES /an = 1 BILAN-SOIN 32€ + 7 SOINS 27 €</p>	<p>6 SEANCES /an = 1 BILAN-SOIN 32€ + 5 SOINS 27 €</p>	<p>GRADE 3b (plaie en cours de cicatrisation)</p>



Plaies aigues VS plaies chroniques



PLAIES AIGUES :

Coupures, phlyctènes, gelures, intrusions de corps étrangers, cicatrices...

Souvent fortuites, d'origine traumatique ou prévues
(cicatrices liées à un acte chirurgical)

La cicatrisation suit en général le processus classique :

Phases de **détersion, inflammatoire** de bourgeonnement, de **recouvrement, de remodelage** qui aboutie à la cicatrisation finale

PLAIES CHRONIQUES :

Escarres, ulcères, maux perforants plantaires

Elles évoluent plus difficilement et le processus de cicatrisation est souvent perturbé ou ralenti.

Elles surviennent en général dans un contexte de pathologies chroniques métaboliques ou vasculaires, de déficits immunitaires et chez la personne âgée.



La recherche de signes d'infection doit être systématique chez le patient diabétique. Le principal risque des plaies est infectieux. Vous ne remarquez pas d'infection, l'atteinte est alors superficielle.

Cas clinique

Ce matin Monsieur DUPONT, 69 ans, diabétique de type II, présente une grosse phlyctène sur la face externe du talon droit qui s'est ouverte d'elle-même et dont on ne connaît pas l'origine.

Pour Monsieur DUPONT, ce n'est pas une simple ampoule. En tant que **professionnel de santé sensible à la prévention chez les patients diabétiques**, vous pourrez orienter Monsieur DUPONT en urgence chez son pédicure-podologue.

Pourquoi un suivi podologique pour M Dupont ?

- **Objectifs du soin de pédicurie :**
 - Obtenir la cicatrisation la plus rapide
 - Protéger la plaie
 - Éviter l'aggravation (infection, plaie chronique...)
 - Éviter les risques de macération, source de mycoses et d'infections
- Une fois la plaie cicatrisée, l'objectif deviendra **PREVENTIF**



Education thérapeutique et podologie



- Examiner chaque jour ses pieds : rechercher phlyctènes, kératoses, mycoses, crevasses, plaies même minimes...
- Ne pas marcher pieds nus et porter des chaussettes
- Passer la main chaque jour dans les chaussures pour rechercher un corps étranger ou aspérité blessante
- Essuyer minutieusement ses pieds et entre les orteils
- Hydrater ses pieds chaque jour
- Couper ou limer fréquemment les ongles
- Consulter un pédicure-podologue régulièrement pour agir en prévention
- Signaler toute lésion, même si elle n'est pas douloureuse

Conseils de chaussage

- ❑ Privilégier les chaussettes en fibres naturelles
- ❑ Chaussettes sans élastique ni couture +/- gel
- ❑ Changer chaque jour de chaussettes et faire aérer les chaussures
- ❑ Chaussures fermées préconisées
- ❑ Chaussant confortable, souple, large et sans couture intérieure
- ❑ Acheter les chaussures plutôt en fin de journée
- ❑ Ne pas porter les chaussures neuves trop longtemps les premiers jours

Evolution d'une plaie plantaire chronique chez un patient diabétique



Plaies chroniques et mécaniques



Plaie sur cicatrice d'amputation



Plaie sur patient diabétique amputé puis évolution à J+15



Le podologue peut mettre en place des orthèses pour décharger, protéger ou compenser.

Ces orthèses auront pour but de favoriser la cicatrisation ou mieux prévenir de l'apparition de plaies.

Orthoplastie : orthèse digitale protectrice



Des semelles orthopédiques adaptées

- Le podologue fera un bilan complet avec analyse posturale globale et de la marche à partir duquel il établira un diagnostic et un traitement.
- Les matériaux seront spécifiques pour les patients diabétiques et choisis souvent avec des densités plus faibles.
- Les modules seront thermoformés pour un confort optimal et une meilleure compensation.



Orthèses plantaires



Semelles de comblement - à faux bouts



Pour conclure, un seul mot suffira !







Diabète et parodontite : une interrelation trop souvent oubliée



Dr Jacques Wemaere
URPS Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine

Quelques chiffres

1 patient diabétique **sur 2** présente une maladie parodontale.

Seuls **50 %** des patients diabétiques connaissent l'importance du suivi par un chirurgien-dentiste.

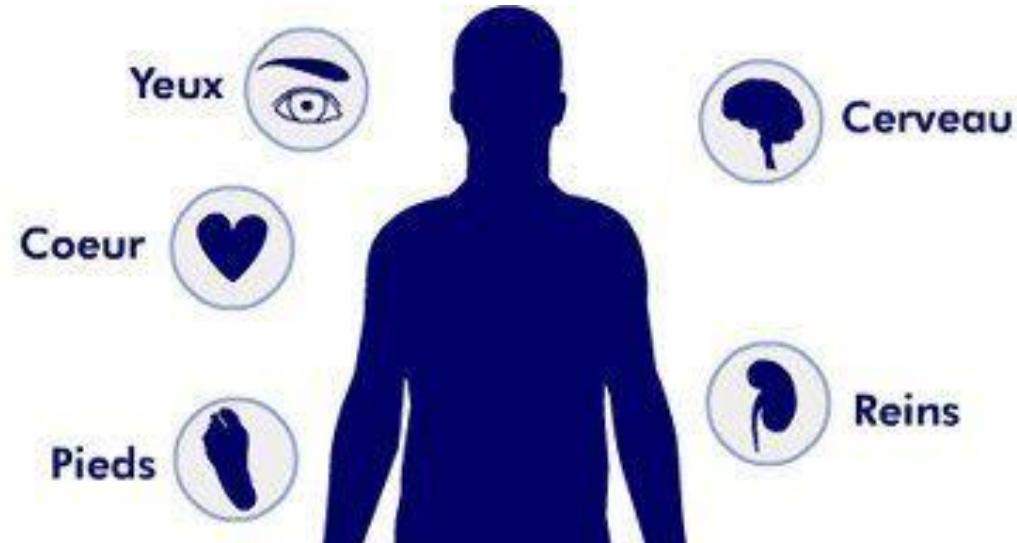
Plus de **40%** des patients diabétiques déclarent que leur chirurgien-dentiste n'est pas informé de leur statut diabétique.

Sources :

<http://ceed-diabete.org/blog/diabete-et-sante-bucco-dentaires/>

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_4.html

Les complications du diabète



Source : <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/diabete/articles/diabete-type-2-en-images.htm>

Et les répercussions buccales ?

Oubliées !

Les effets du diabète sur la sphère buccale

Les pathologies bucco-dentaires associées au diabète :

■ **Parodontite : 6^{ème} complication du diabète**

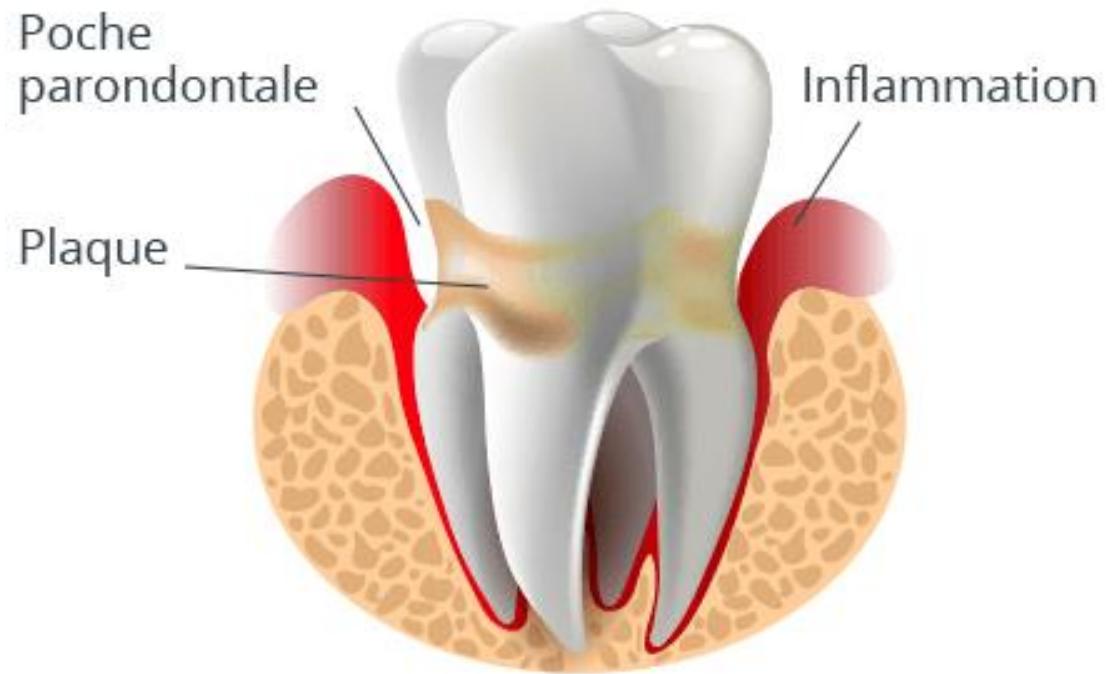
3 fois plus de risques chez le patient diabétique,
avec des manifestations plus graves et plus étendues

- Gingivite
- Xérostomie (absence de salive)
- Caries dentaires (xérostomie et flore bactérienne)
- Augmentation du risque d'infections bactériennes, virales et fongiques
- Halitose (mauvaise haleine)

Diabète et maladie parodontale

La parodontite avec un diabète non équilibré :

- plus agressive
- poches plus profondes
- davantage de saignement
- moins bonne cicatrisation
- moins bonne réponse au traitement parodontal

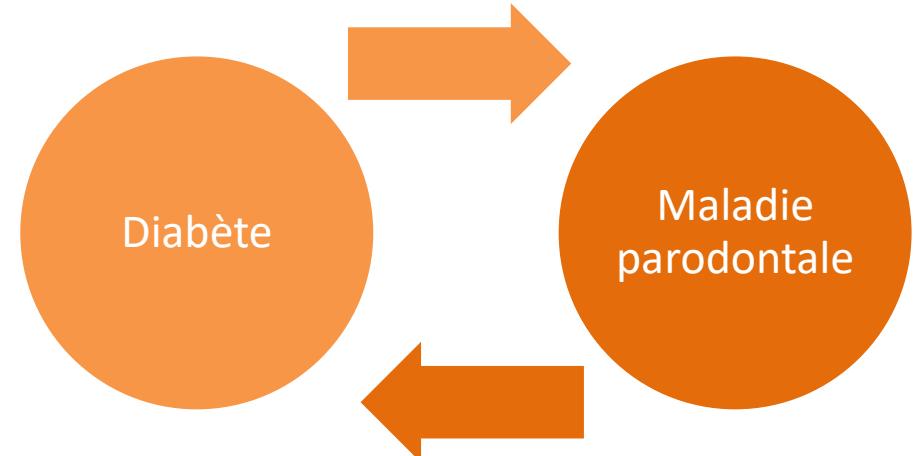


Maladie parodontale et diabète

Conséquences de la maladie parodontale :

- Inflammation chronique
- Augmentation de la résistance à l'insuline
- Altération de la sécrétion d'insuline

=> **Effet néfaste sur le contrôle glycémique**



Bénéfice du traitement parodontal :

=> Réduction statistiquement significative de la HbA1c

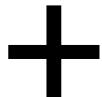
L'hygiène bucco-dentaire



Hygiène bucco-dentaire



**au moins 2 fois
par jour**



Brosse à dents souple
ou électrique

Dentifrice fluoré

Gestes complémentaires au brossage



et/ou



Fil dentaire

Brossette
inter-dentaire



1 fois par jour, le soir



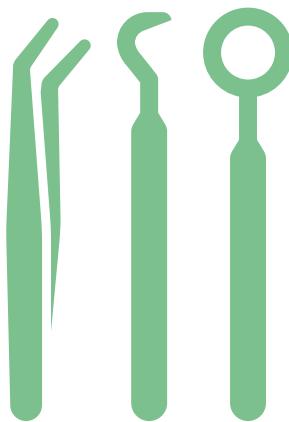
Bain de bouche



**En fonction des
recommandations du
chirurgien-dentiste**

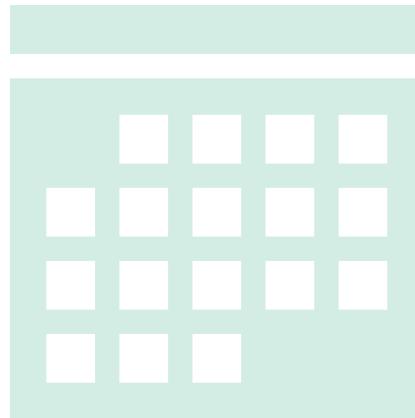


Le suivi au cabinet dentaire



La visite chez le chirurgien-dentiste

Au moins **2 fois par an**,
même si tout va bien !



La prise en charge au cabinet dentaire

Le chirurgien-dentiste va demander le dernier taux d' HbA1c :

- Si $\text{HbA1c} \leq 7\%$: pas de précaution particulière
- Si $\text{HbA1c} \geq 7\%$:

Actes peu invasifs (détartrage, caries...)	Actes invasifs (implants, extraction multiple...)
« Flash antibiotique » : antibioprophylaxie pour éviter une bactériémie	En 1 ^{ere} intention si non urgent : attente d'un rééquilibrage du diabète = rapport « Bénéfice/Risque »

ALD Diabète et soins bucco-dentaires

Actes bucco-dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie

Quel acte ?	Quand ?	Quelle codification ?	Quel tarif ?
Bilan bucco-dentaire	2 fois / an	C	23€
Détartrage	2 actes par période de 6 mois	HBJD001	28,92€
Bilan parodontal*	à la suite d'une visite annuelle au cours de laquelle une pathologie parodontale a été détectée.	HBQD001	50€
DSR sur 1 sextant*	Période de 3 ans, pour un traitement initial et un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions.	HBJA003	80€
DSR sur 2 sextants*		HBJA171	160€
DSR sur 3 sextants*		HBJA634	240€

*ALD Diabète :

Pour rappel, depuis le 1^{er} janvier 2017, le tiers payant est devenu un droit lorsqu'il s'agit de soins exonérés du ticket modérateur dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Les patients en ALD n'ont plus à faire l'avance des frais chez les professionnels de santé.

Prise en charge globale du patient



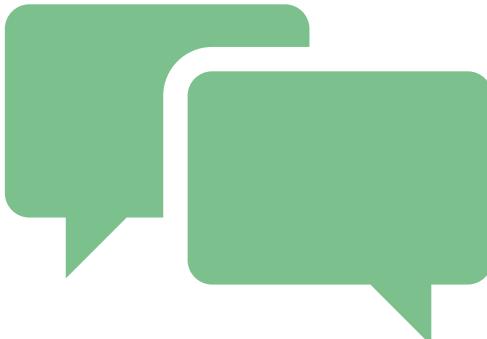
Le DSR n'est qu'une des composantes de la thérapeutique.

D'autres facteurs sont essentiels :

- L'enseignement et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire du patient
- La maîtrise des facteurs de risque généraux, modifiables ou non (tabagisme, diabète non équilibré...)
- L'élimination des facteurs locaux aggravants (carie, malposition...).



La communication avec les patients





VOTRE BOUCHE ET LE DIABÈTÉ

Le diabète peut rendre vos dents et vos gencives malades.

Les personnes avec un diabète développent souvent une maladie parodontale.

La maladie parodontale est une maladie des gencives.

Comment éviter la maladie parodontale ?



Je me brosse bien les dents.



Je dis à mon dentiste que j'ai un diabète.



Je vais chez mon dentiste régulièrement.

Vous avez des questions ?
Demandez à votre dentiste.



Vous voulez plus d'information ?
Scannez le QR code avec votre téléphone.



Affiche de sensibilisation



SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET DIABÈTÉ

OÙ EN ÊTES-VOUS ?

Un patient diabétique sur deux présente une maladie parodontale.

Recommandations pour une bonne santé bucco-dentaire

Un brossage de dents matin et soir avec une brosse à poils souples et un peu de dentifrice fluorié.

En complément de chaque brossage, un nettoyage interdentaire avec l'utilisation de brosettes ou de fil dentaire pour nettoyer les espaces entre les dents.

Une alimentation équilibrée, variée et peu sucrée.

Une visite régulière tous les 6 ou 12 mois chez le dentiste. Les contrôles réguliers sont importants même si vous ne remarquez pas de problème ou de douleur.

Votre diabète peut avoir des répercussions sur la santé de vos dents et gencives.

Ces complications sont appelées maladies parodontales.

Parlez-en à votre dentiste !

Les personnes atteintes de diabète, de type 1 ou 2, sont 3 fois plus susceptibles de développer une maladie parodontale.



Dépliant-test
Santé bucco-dentaire et diabète : où en êtes-vous ?





Diabète gestationnel

Enjeux, dépistage et prise en charge multidisciplinaire



M Paul Brange
URPS Sages-Femmes Nouvelle-Aquitaine

Définition

- Hyperglycémie apparue pendant la grossesse
- Différent d'un diabète préexistant
- Résulte d'une insulinorésistance physiologique aggravée

Épidémiologie

- Prévalence : **$\approx 5\text{-}15\%$ des grossesses**, selon critères diagnostiques et populations
- Principaux facteurs de risque :
 - Âge maternel > 35 ans
 - Surpoids ou obésité ($\text{IMC} \geq 25$)
 - Antécédent familial de diabète type 2
 - Antécédent de DG ou de macrosomie ($> 4 \text{ kg}$)
 - Origine ethnique à risque

Dépistage

Dépistage précoce (populations à risque)

Glycémie à jeun dès le 1^{er} trimestre (après ~ 8 SA)

Seuils :

- $\geq 0,92 \text{ g/L}$ → DG
- $\geq 1,26 \text{ g/L}$ → envisager diabète préexistant

Dépistage si FR :

- Entre 24-28 SA
- Test : HGPO 75 g (0h, 1h, 2h)

Valeurs seuils pour diagnostic :

- À jeun $\geq 0,92 \text{ g/L}$ (5,1 mmol/L)
- 1h $\geq 1,80 \text{ g/L}$ (10,0 mmol/L)
- 2h $\geq 1,53 \text{ g/L}$ (8,5 mmol/L)

Objectifs biologiques

Glycémie

- A jeun < 0,95 g/L
- 2h post-prandial < 1,20 g/L

Autres marqueurs biologiques (suivi ou recherche de diabète préexistant)

- Fructosamine
- HBA1c

Risques liés au diabète gestationnel

Coté maternel

- Pré-éclampsie
- Césarienne, dystocie des épaules
- Diabète de type 2 ultérieur (30–50 % à 10–20 ans)

Risques liés au diabète gestationnel

Coté fœtal / néonatal

- Macrosomie, complications obstétricales
- Hypoglycémie néonatale
- Risque métabolique à long terme (obésité, intolérance au glucose, diabète type 2)
- Malformation cardiaque dans le cadre d'un diabète préexistant ou très précoce
- Mort fœtale in utero (MFIU) :
 - Le DG, surtout s'il est **mal contrôlé** ou non diagnostiqué, est associé à un risque accru de MFIU comparé à la population générale.
 - Mais aucune donnée précise récente ne permet de quantifier le risque imputable spécifiquement aux hypoglycémies maternelles.
 - On peut évoquer des taux plus élevés de mortalité fœtale quand le contrôle glycémique est « non optimal ».

Prise en charge

- Hygiène de vie : alimentation équilibrée, limitation des sucres rapides, fractionnement des repas, régularité des repas
- Activité physique régulière adaptée à la grossesse
- Auto-surveillance glycémique : plusieurs contrôles par jour (avant repas, post-prandial)
- Si les objectifs sont **non atteints** → insuline
- Suivi échographique à 36 SA si DG déséquilibré – Echographie cardiaque fœtale si diabète préexistant

Points d'attention :

Acceptabilité de la prise en charge difficile

Médicalisation importante de la grossesse (dès 8SA pour les dépistages précoces)

Suivi post-partum

Lors de l'accouchement :

- Equilibre glycémique maximale à l'accouchement afin de prévenir une hypoglycémie néonatale
- Arrêt immédiate de la surveillance maternelle
- Mise en place d'une surveillance glycémique du NN en post partum immédiat

A distance :

- HGPO à 6–12 semaines
- Dépistage régulier du diabète de type 2
- Prévention par hygiène de vie

Prise en charge multidisciplinaire

Médecins

- **Gynécologues-obstétriciens** : suivi des grossesses compliquées, décisions obstétricales, orientation vers l'insulinothérapie si nécessaire
- **Médecins généralistes** : relais post-partum, dépistage et prévention du diabète de type 2
- **Endocrinologues/diabétologues** : suivi métabolique, insulinothérapie si besoin
- **Pédiatres / néonatalogistes** : prise en charge néonatale (hypoglycémie, macrosomie, retard de croissance)

Sages-femmes (profession médicale)

- **Suivi médical / suivi échographique**
- **Éducation thérapeutique** : autosurveillance glycémique, adaptation du quotidien
- **Préparation à la naissance et à la parentalité**
- **Rôle de coordination** entre les différents professionnels de santé. (sf référente)

Prise en charge multidisciplinaire

Autres professions de santé

- **Infirmiers(ères)** : initiation à l'insulinothérapie, suivi des patientes insulinorequérantes
- **Diététiciens/nutritionnistes** : adaptation alimentaire, équilibre nutritionnel
- **Kinésithérapeutes / éducateurs APA** : activité physique adaptée, prévention de la sédentarité
- **Psychologues** : soutien émotionnel, prévention de la culpabilité, gestion du stress
- **Podologues** :
 - Prévention et prise en charge des troubles podologiques (particulièrement si neuropathie diabétique préexistante)
 - Importance chez les patientes déjà diabétiques avant la grossesse (DT1, DT2) ou à risque élevé de complications
- **Orthophonistes** (indirectement, mais intéressant) :
 - Suivi du développement du langage de l'enfant si DG compliqué par prématurité ou retard de croissance
 - Prévention secondaire : rôle lors de séquelles neuro-développementales chez l'enfant exposé à un DG sévère ou à une macrosomie compliquée
- **Dentiste** : dépistage et traitement des gingivites/parodontites (facteurs de risque obstétrical et métabolique)

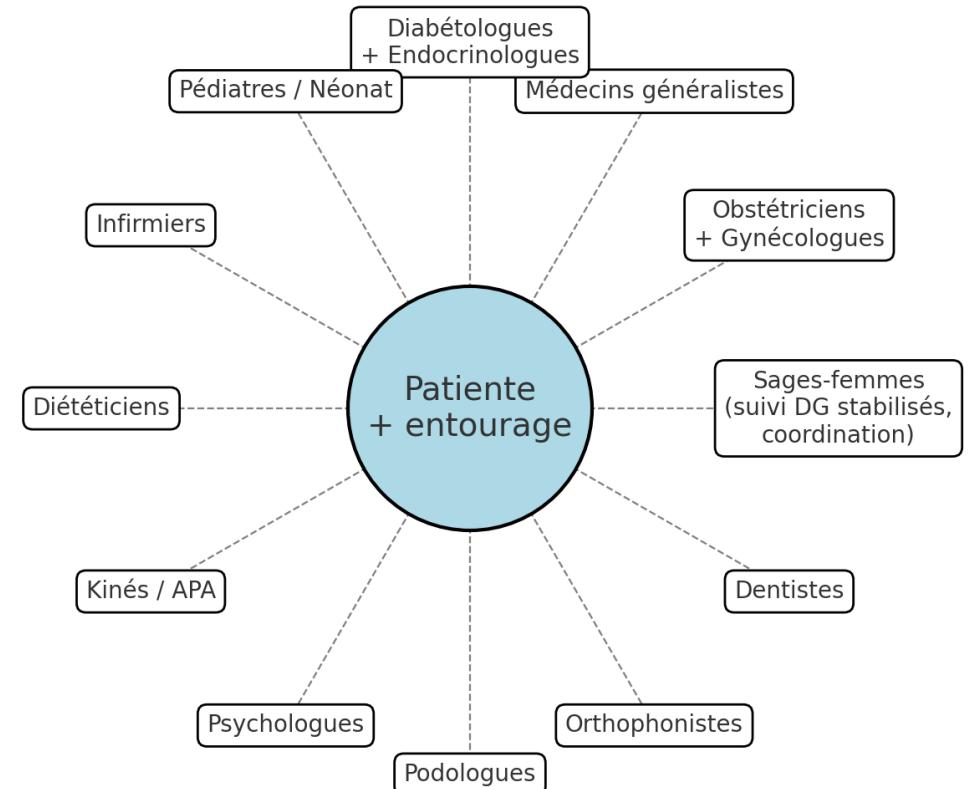
Participation de l'entourage

- pour l'alimentation, l'activité physique et le soutien psychologique

Conclusion

- Le DG est une opportunité de prévention :
 - Améliorer la santé de la mère et de l'enfant
 - Réduire les complications immédiates
 - Prévenir le diabète à long terme
- Une approche globale, coordonnée et interdisciplinaire

Prise en charge multidisciplinaire du diabète gestationnel







L'orthophoniste, acteur clé de la qualité de vie des personnes diabétiques : au-delà du suivi médical

Mme Claire Lété
URPS Orthophonistes Nouvelle-Aquitaine

Quel rôle pour l'orthophoniste dans l'accompagnement des patients diabétiques ?



Introduction

1. Les troubles provoqués par le diabète chez le patient adulte
2. Les troubles provoqués par le diabète chez l'enfant et l'adolescent
3. L'accompagnement des patients diabétiques présentant un TND ou autre handicap
4. De la prévention à l'éducation thérapeutique
5. L'importance de la coordination

Diabète et troubles chez l'adulte : un impact quotidien



Les troubles de la déglutition :

- Causes
- Conséquences et impact sur la vie quotidienne
- Rôle de l'orthophoniste
 - Evaluation
 - Rééducation, adaptation et conseil
 - Collaboration avec les équipes soignantes et les aidants

La prévention

- Dépistage précoce

Les troubles cognitifs :

- Liens avec l'hyper/hypoglycémie.
- Prévalence des troubles cognitifs
- Impact sur la vie quotidienne
- Rôle de l'orthophoniste
 - Evaluation
 - Remédiation cognitive
 - Mise en place de stratégies de compensation
 - Education thérapeutique

Diabète pédiatrique : un enjeu développemental



Spécificités

Diabète de type 1

Risques cognitifs

Impact scolaire et social

La prévention

- Dépistage précoce

Rôle de l'orthophoniste

- Bilans adaptés
- Prise en soin spécifique
- Collaboration famille/école.

Diabète et patients porteurs de handicap : une prise en charge sur mesure



Défi double :

Diabète + TSA et ou handicap cognitif

- Quelles difficultés ?

Rôle de l'orthophoniste

- Adaptation de la communication
 - **Outils visuels**
 - **Simplification du langage**
 - **Travail sur les routines**
- Éducation thérapeutique adaptée
- Gestion des troubles associés

A tous les âges : rendre le patient acteur de sa santé

Dépistage précoce :

- signes d'alerte chez l'adulte et l'enfant

Conseils :

- Adaptation des supports de communication
- Hygiène de vie

Éducation thérapeutique :

- outils pour patients et aidants

Travailler ensemble pour une prise en charge globale



Acteurs clés :

- Familles
- Médecins
- Auxiliaires médicaux
- Enseignants

Bénéfices :

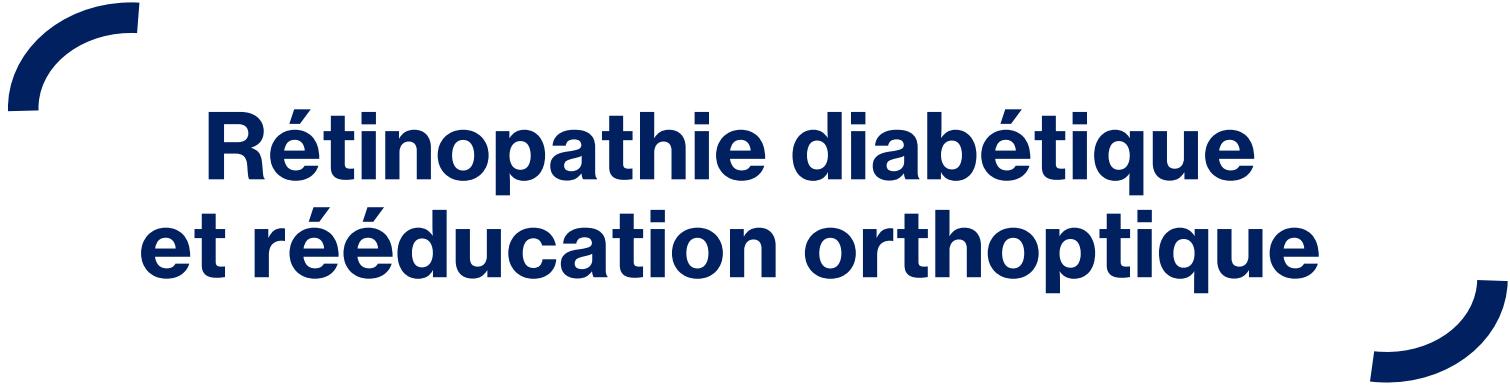
- Meilleure observance
- Qualité de vie
- Autonomie

L'orthophoniste, partenaire essentiel de la qualité de vie

Intégrer l'orthophonie dans le parcours de soin du diabète,
c'est améliorer la qualité de vie des patients.

Et vous, comment collaborez-vous avec les orthophonistes ?





Rétinopathie diabétique et rééducation orthoptique

Mme Caroline Rodrigues et Mme Sandrine Fournier-Guilhem
URPS Orthoptistes Nouvelle-Aquitaine

La rétinopathie diabétique (RD) en quelques mots



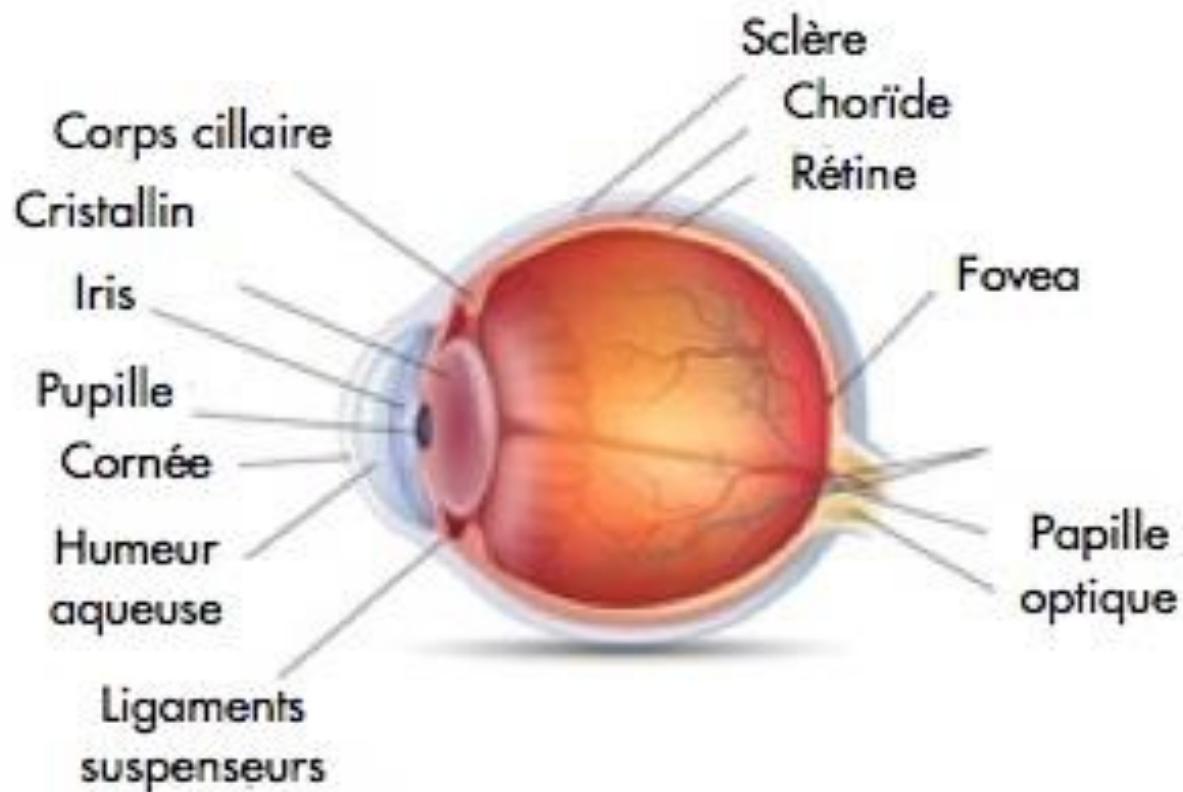
- La RD est une complication microvasculaire du diabète touchant la rétine.
1ère cause de cécité avant 50 ans
- A 15 ans d'évolution du diabète :
 - La RD existe chez **95%** des types 1 et chez **60%** des types 2.
 - **2% des diabétiques** sont aveugles et **10% sont malvoyants.**
 - Patients jeunes ou âgés
 - Baisse d'acuité visuelle progressive et parfois très rapide
 - Diminution de la qualité de vie (loisirs, conduite, profession, autonomie, anxiété, dépression, trouble alimentaire, etc...)
 - Difficulté pour gérer la maladie !

Physiopathologie

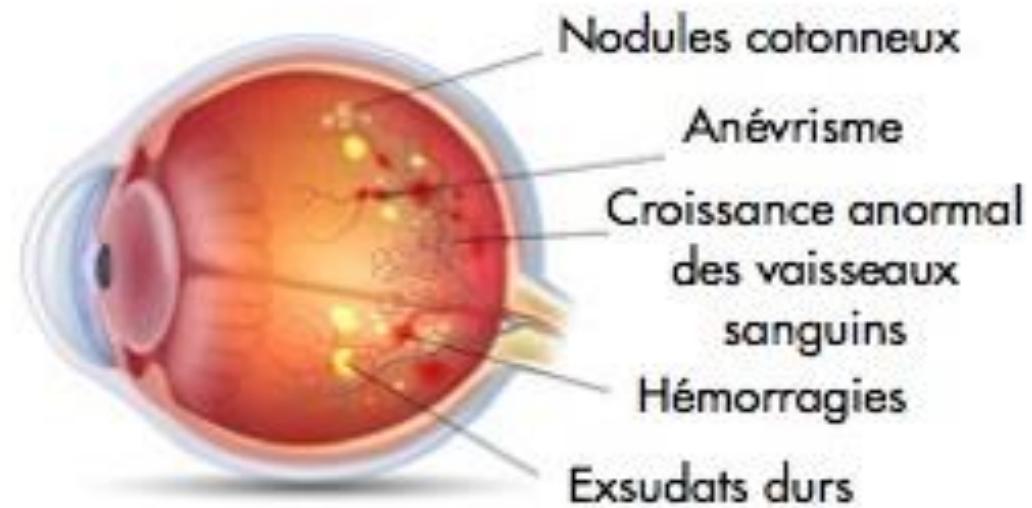
- L'excès de sucre dans le sang endommage les cellules de la rétine et fragilise les capillaires.
- Cette fragilisation provoque des microanévrismes, des hémorragies et des exsudats.
- L'obstruction des vaisseaux entraîne une ischémie rétinienne.
- En réponse, la rétine libère du VEGF et elle forme de nouveaux vaisseaux fragiles.
- Quand l'atteinte touche la macula, la fuite capillaire provoque un œdème maculaire diabétique.
- La vision centrale diminue alors de façon souvent importante.
- La croissance de nouveaux vaisseaux sanguins peut entraîner une augmentation de la pression intraoculaire et favoriser aussi l'apparition d'un glaucome.

Rétinopathie diabétique

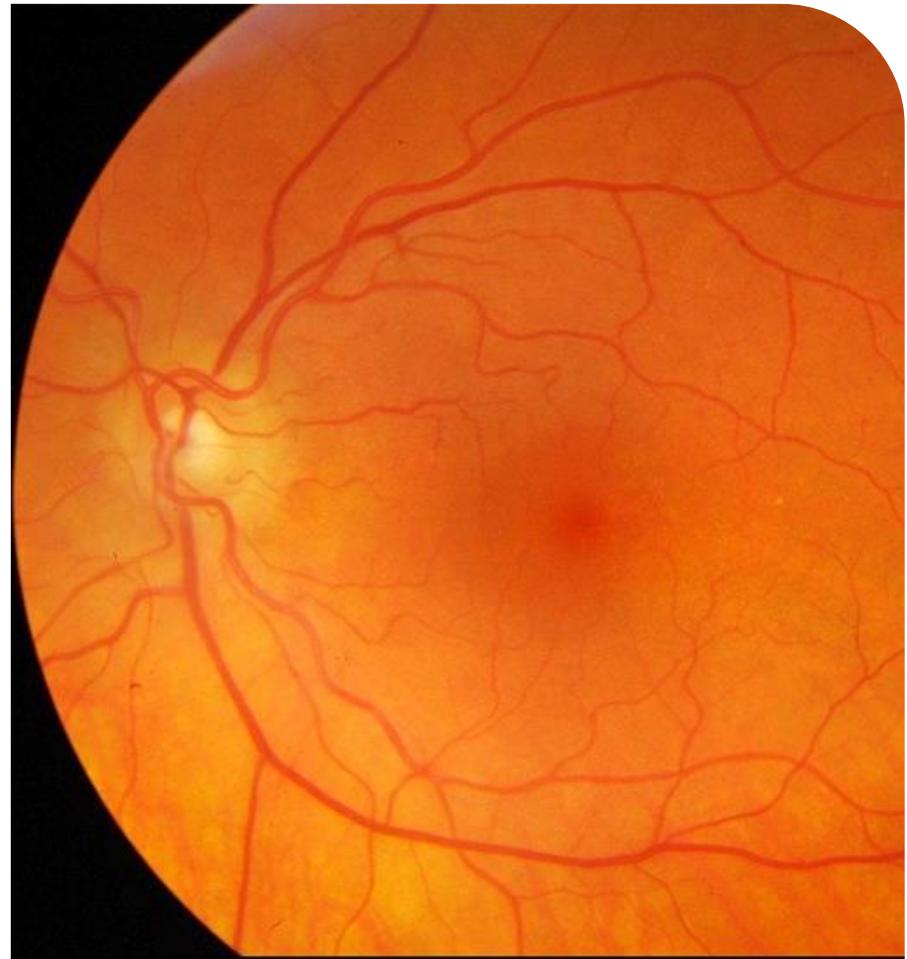
Oeil sain



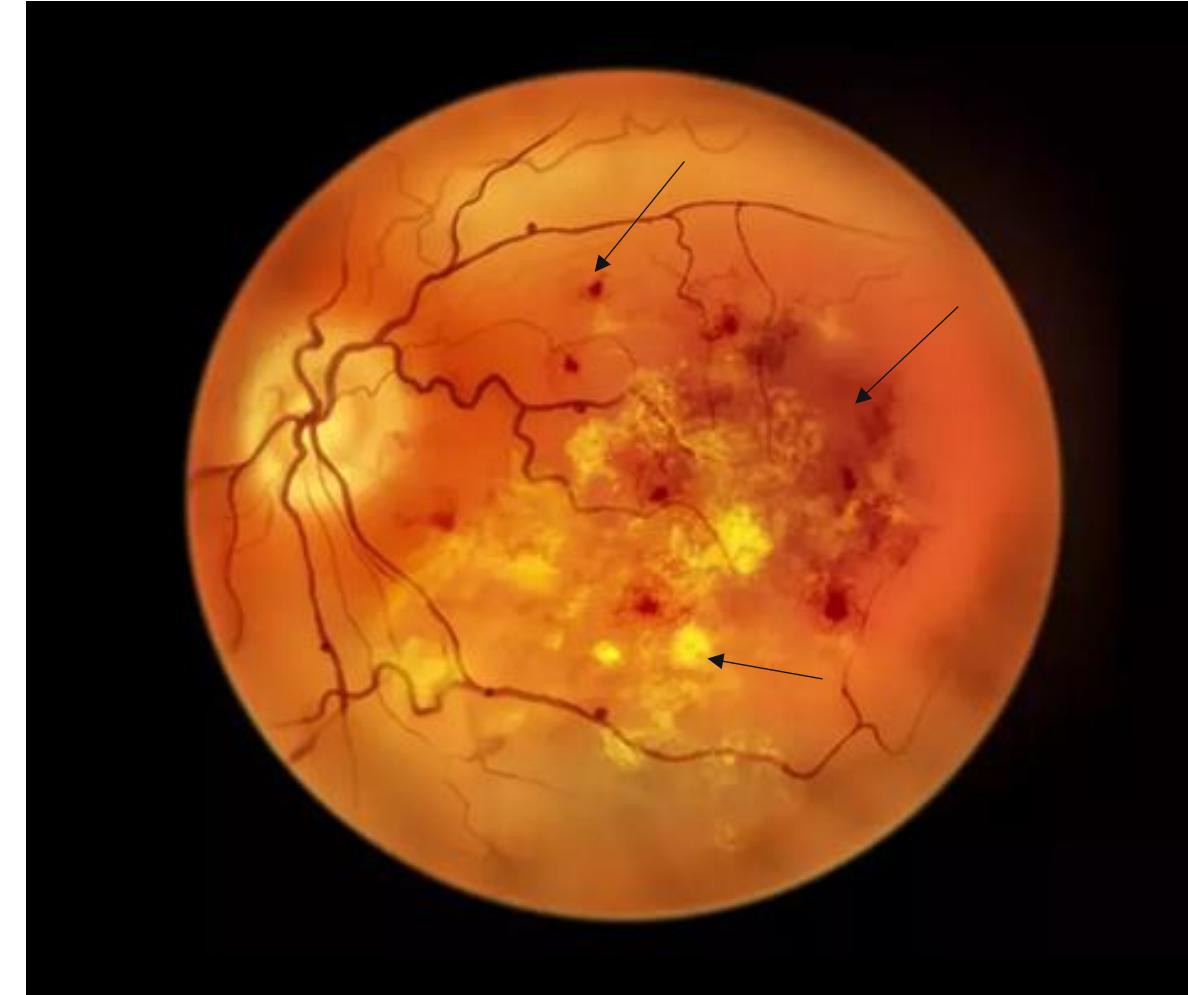
Oeil diabétique



FOND ŒIL NORMAL



FOND ŒIL RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE



Formes cliniques

La forme non proliférante est la plus fréquente et la plus précoce.

Elle provoque microanévrismes, hémorragies et exsudats.

Elle traduit une ischémie rétinienne modérée.

La forme proliférante est un stade avancé.

Des néovaisseaux fragiles apparaissent. Ils entraînent hémorragies du vitré et décollements tractionnels. Le risque de cécité est élevé.

La maculopathie diabétique touche la macula, centre de la vision fine.

La fuite capillaire crée un œdème maculaire.

La vision centrale baisse et la récupération est souvent partielle.

Traitements de la RD

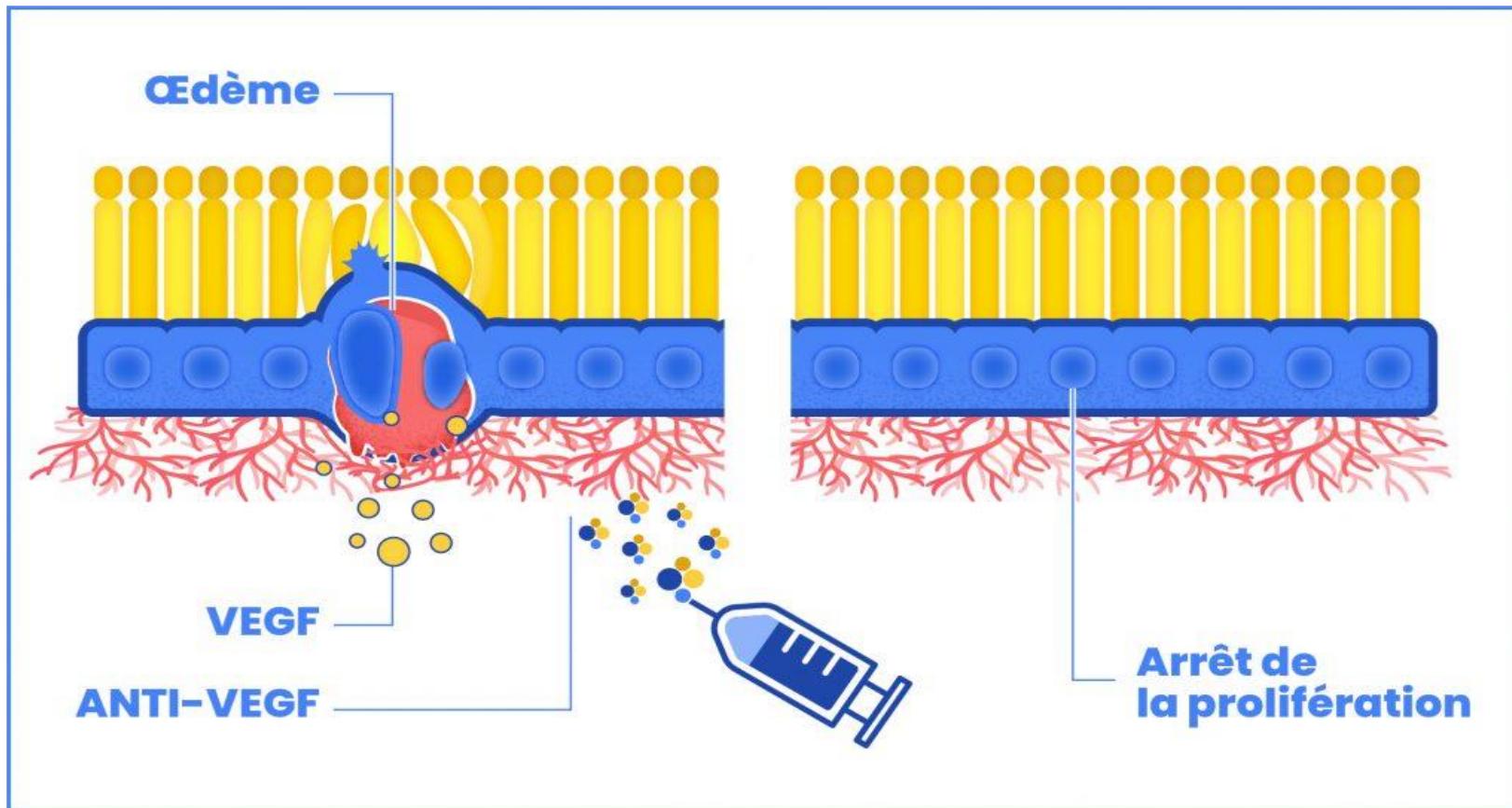
- Le **contrôle métabolique** est essentiel : il faut équilibrer la glycémie et l'hypertension artérielle (puisque ces 2 éléments ont tendance à altérer la rétine).
- Les **injections d'anti-VEGF** bloquent la néovascularisation. Elles réduisent aussi l'oedème maculaire.
- La **photocoagulation panrétinienne** est un traitement au laser qui détruit les zones ischémiques pour réduire la néovascularisation.

Evolution à 7 jours après injection intra vitréenne d'anti VEGF

VEGF : facteur de croissance de l'endothélium vasculaire.

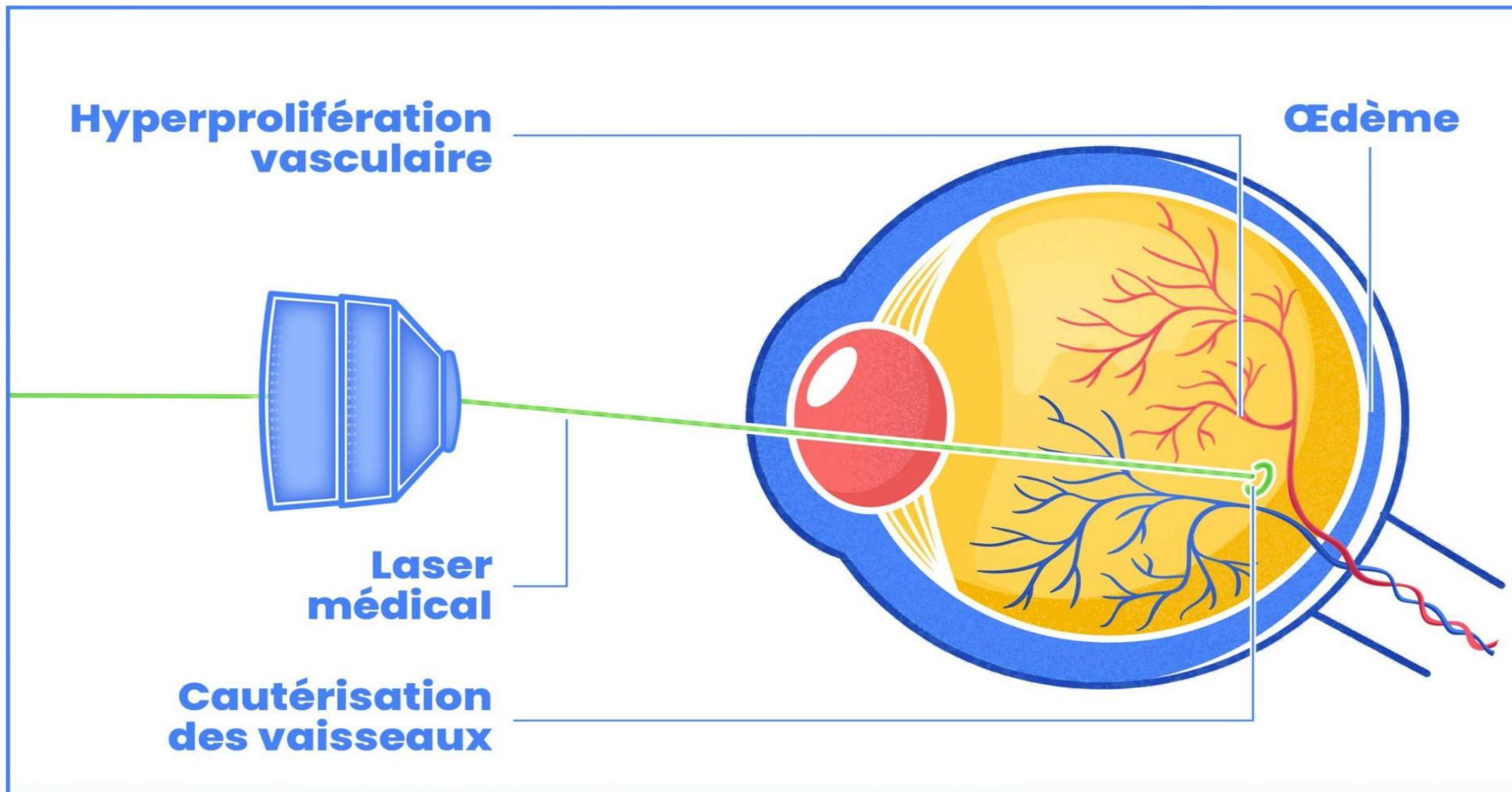
Cette protéine est fabriquée en excès dans l'œil ce qui provoque la croissance de néovaisseaux.

Les anti-VEGF permettent de stopper l'évolution.



PHOTOCOAGULATION PANRÉTINIENNE

Elle facilite le scellement des vaisseaux sanguins et réduit dans une certaine mesure la croissance de nouveaux vaisseaux sanguins anormaux.



Impacts visuels de la RD

- **Baisse d'acuité visuelle** : d'abord progressive, puis parfois brutale
- **Flou visuel** central ou global
- **Déformation des images** (métamorphopsies) quand la macula est atteinte
- **Taches** dans le champ visuel (scotomes), surtout en cas d'hémorragie
- **Vision fluctuante** selon la glycémie et l'évolution de la maladie
- **Diminution de la sensibilité aux contrastes** et **gêne** à la lumière

RD DÉBUTANTE VS RD STADE AVANCÉ



Rétinopathie diabétique
débutante
(vision normale)



Rétinopathie diabétique
stade avancé
(vision avec des taches sombres)

Retentissements sur le quotidien

- Difficultés à lire, écrire, regarder la télévision ou utiliser un écran
- Reconnaissance des objets difficile
- Diplopie, fatigue visuelle +++
- Gêne pour se déplacer, trouble de la localisation, la conduite devient impossible
- Difficultés de l'exploration de l'environnement, risque de chute
- Communication visuelle altérée car ne voit pas les expressions des visages
- Perte d'autonomie dans les activités quotidiennes
- Impact psychologique important : anxiété, isolement, perte de confiance

Prise en charge orthoptique basse vision

- L'atteinte mixte combine une perte centrale (maculopathie) et une atteinte périphérique (ischémie étendue).
- La rééducation vise à **optimiser les fonctions visuelles restantes.**
- L'orthoptiste évalue l'acuité résiduelle, le champ visuel, la fixation et la coordination œil - main. Il entraîne l'utilisation de zones rétiniennes restantes pour compenser la perte centrale. Il travaille aussi sur l'exploration visuelle pour améliorer l'orientation et la mobilité. Des stratégies de lecture adaptées sont mises en place (grossissement, balayage, poursuite...).
- L'objectif est de maintenir la qualité de vie, l'autonomie et de renforcer la confiance visuelle du patient.

Conseils en aides visuelles et aménagements



- **Aide au choix et à l'adaptation des aides optiques :**
loupes, filtres, éclairages adaptés, vidéo-agrandisseurs, etc.
- **Conseils sur l'ergonomie visuelle :**
contraste, luminosité, positionnement du matériel,
environnement domestique et/ou professionnel.
- **Travail en coordination** avec les opticiens spécialisés et
les autres professionnels de rééducation en basse vision
(ergothérapeute, instructeur en locomotion, Avjiste...).

EXEMPLES D'AIDES



Accompagnement global du patient



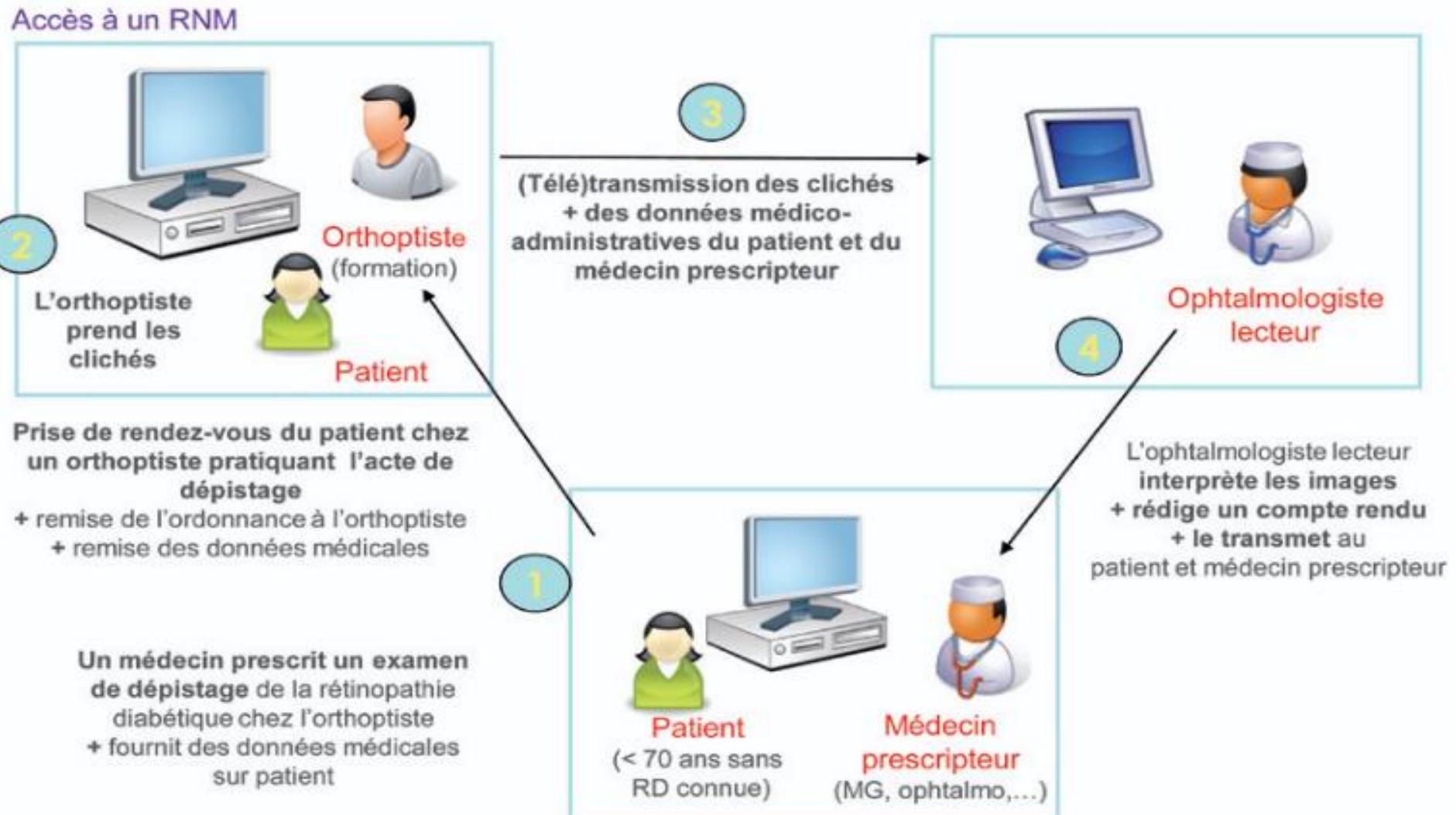
- **Soutien psychologique et éducatif** : aider le patient à comprendre sa pathologie, à s'adapter à sa nouvelle vision.
- **Participation à l'éducation thérapeutique** : insister sur l'importance du suivi ophtalmologique et du contrôle glycémique.
- **Collaboration interdisciplinaire** : l'orthoptiste peut également faire le lien avec les autres professionnels de santé qui accompagnent le patient.

Conclusion et importance du dépistage



- Si certains troubles de la vue peuvent indiquer la présence d'une rétinopathie diabétique (*lettres déformées à la lecture, difficultés à passer de la lumière à l'obscurité, vision fluctuante...*) **la maladie s'installe souvent sans donner de signe d'alerte.**
- On peut donc être atteint de rétinopathie même avec une bonne vue et en l'absence de symptôme.
- D'où **l'importance d'un contrôle régulier** par un spécialiste et **d'un dépistage précoce**
- Si on laisse s'étendre la maladie, celle-ci finira par toucher le centre de l'œil et la rétine, créant de graves et irrémédiables troubles de la vision.

PROTOCOLE DE DÉPISTAGE



Champ d'action de l'Orthoptiste

Maux de tête
Fatigue visuelle

Myopie, Hypermétropie,
Astigmatisme Tro

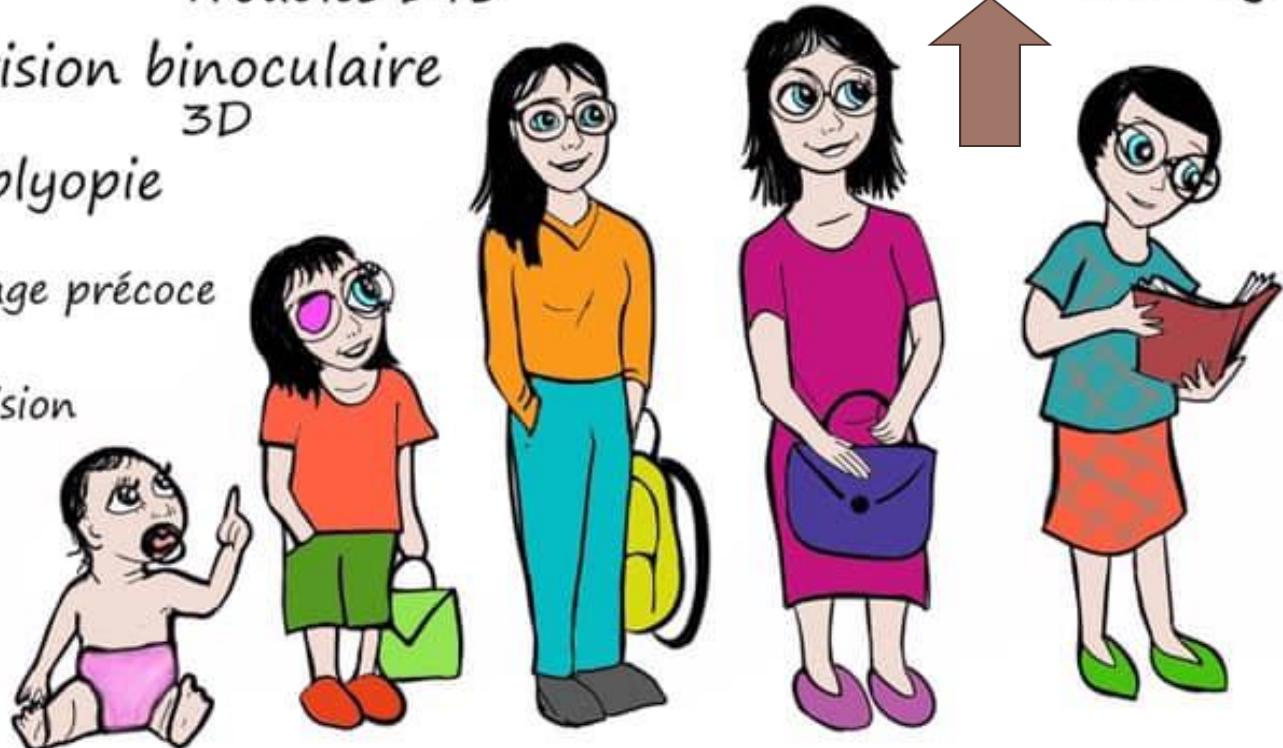
Lunettes

vision binoculaire
3D

Amblyopie

Dépistage précoce

Bébé Vision



Contrôle Vision

Paralysies oculomotrices

Vision Double

Trouble de la Convergence

troubles posturaux

NeuroVision

tie Basse VISION

Troubles DYS

Adaptation verres progressifs

Dépistage
Glaucome

DMLA

Rétinopathie Diabétique





La responsabilité populationnelle

*Présentation inspirée par la présentation d'Antoine MALONE,
coordonnateur du programme Responsabilisé populationnelle*



Dr Imad Chaaban
CPTS Grand Agenais

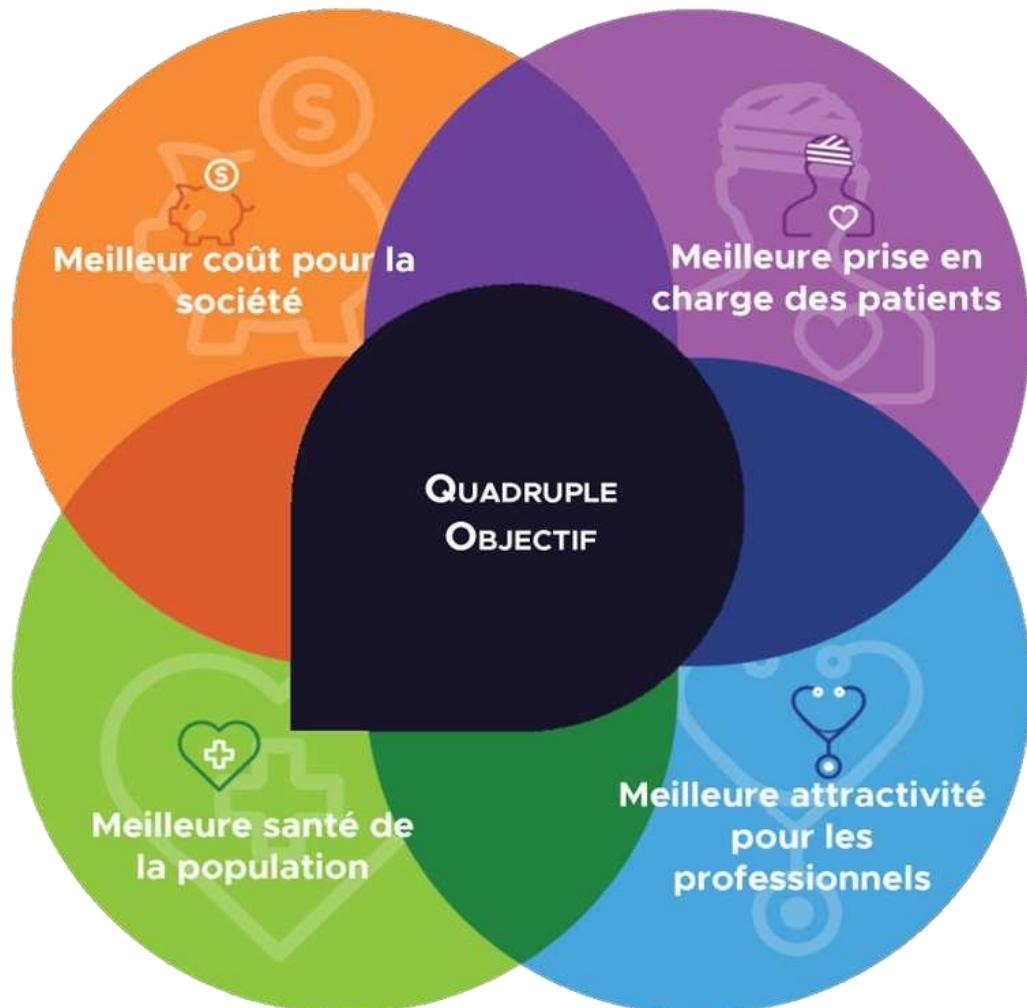


Présentation du modèle

Les objectifs du modèle

- Permettre à nos territoires de viser le **Quadruple Objectif**
(meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût, meilleure qualité de vie pour les professionnels) pour des **populations définies**, sur un **territoire défini**
- Via l'élaboration et la mise en œuvre de **programmes d'action partagés** répondant aux besoins de ces populations-cibles
- Développer des outils et **une méthodologie utilisables par l'ensemble des territoires** de santé en France
- Développer un modèle d'intégration clinique suffisamment flexible pour **tenir compte des spécificités territoriales**, mais suffisamment robuste pour être généralisable
- Développer un modèle qui soit aussi utilisable pour d'**autres populations-cibles**

La dynamique de l'intégration : la poursuite du Quadruple Objectif



- Capacité à définir des populations
- Approche intégrée de la santé
- Primauté de l'excellence clinique
- Travail *simultané* sur des patients et des populations
- Capacité à s'améliorer en continu

Berwick, 2010, IHI

En pratique...

Modèle partagé
Méthodologie partagée
Outils partagés
(Médicaux, analytique,
stratification, outils
pratiques)

Un modèle

Construit « autour » des **Groupes hospitaliers**,
mais visant à permettre à
l'ensemble des acteurs de
santé de mieux travailler
-Gouvernance partagée
ville-hôpital
-Programmes d'action
locaux
De la prévention
jusqu'aux patients
complexes

Territoires



Deux populations

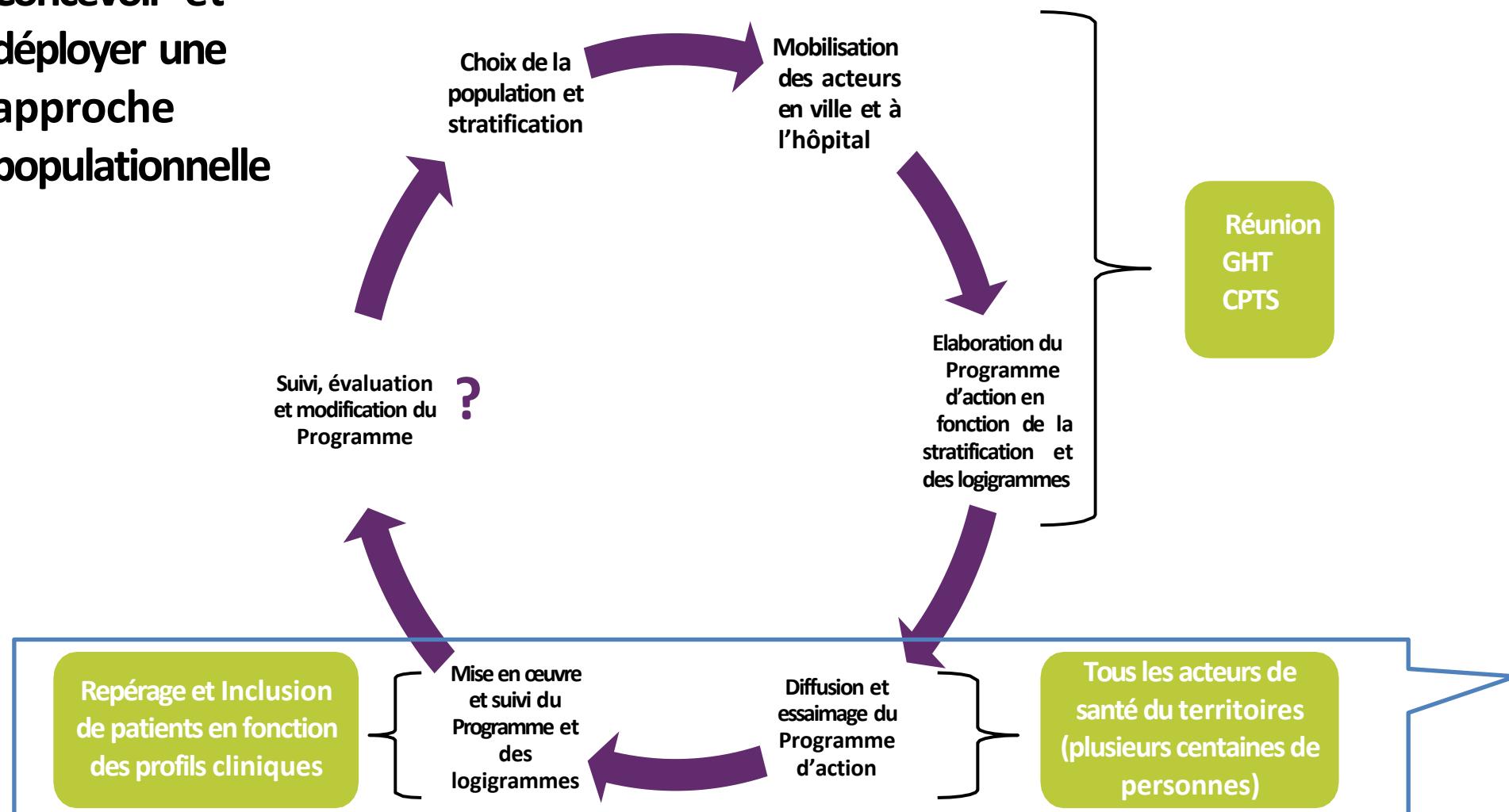
Diabète type 2 (à
risque ou atteint)

Insuffisance
cardiaque (à risque
ou atteint)

Objectif :
Exécuter
systématiquement la
meilleure pratique
pour chaque
personne, pour
améliorer ou
maintenir son état de
santé, peu importe
son point de contact
avec le système

La « ligne de vie » du programme

Concevoir et déployer une approche populationnelle

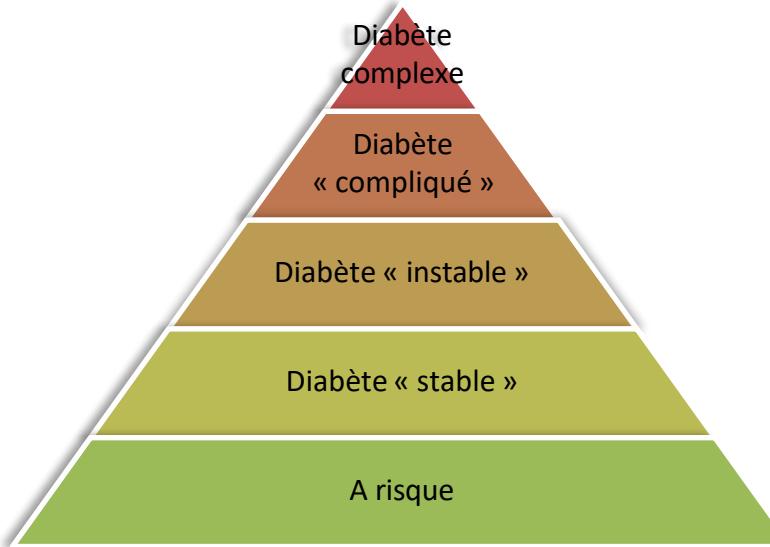


Connaître les besoins

STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE
COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2015-2019)



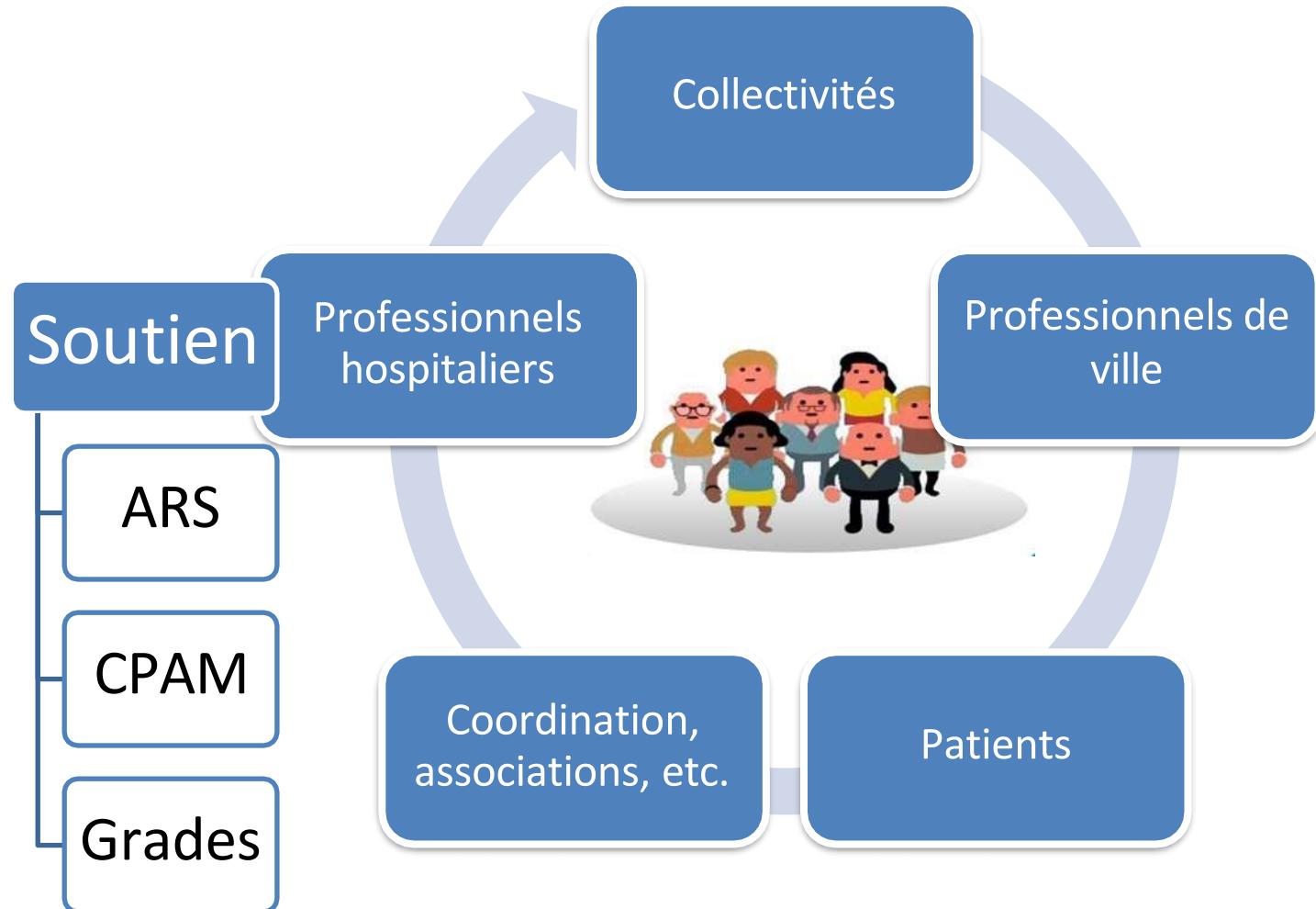
De la stratification... aux parcours de santé territoriaux



- A chaque strate de la pyramide correspond un **profil clinique**
- A chaque profil correspond un ou plusieurs **logigrammes de prise en charge**
- La pyramide permet de lier un profil de personne avec les actions appropriées
- L'ensemble permet aux acteurs de construire des **parcours adaptés**

Les « réunions cliniques »

Une « coalition territoriale d'acteurs de santé »



Sur le terrain... aller-vers pour avoir des partenariats



Articulation avec les Projets de santé des CPTS



Campagnes de sensibilisation dépistage « grand public » (flyers avec QR code/finRisk/Cellule de coordination)

Bornes interactives déployées en entreprise, en MSP...



Partenariat avec les Associations de patient



Partenariat avec les pharmacies d'officine



Insertion systématique dans les Contrats locaux de santé (CLS)



Formation dans les IFSI



Partenariat avec les CPAM (centres d'examen, données, relais d'information, etc.)



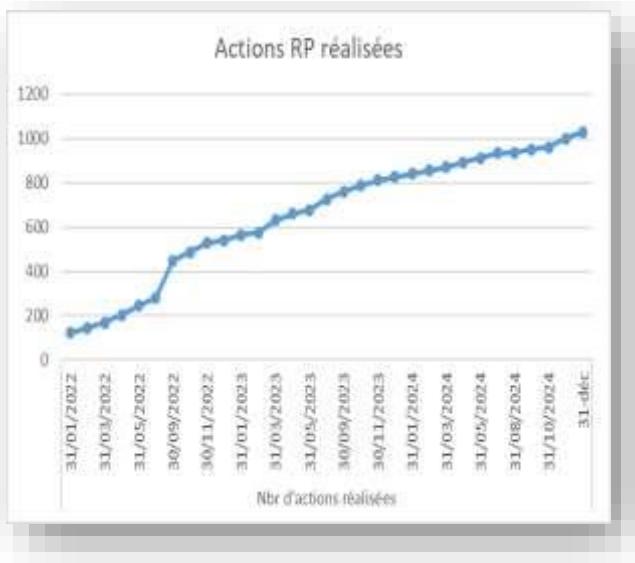


Les preuves au niveau national

Au niveau national

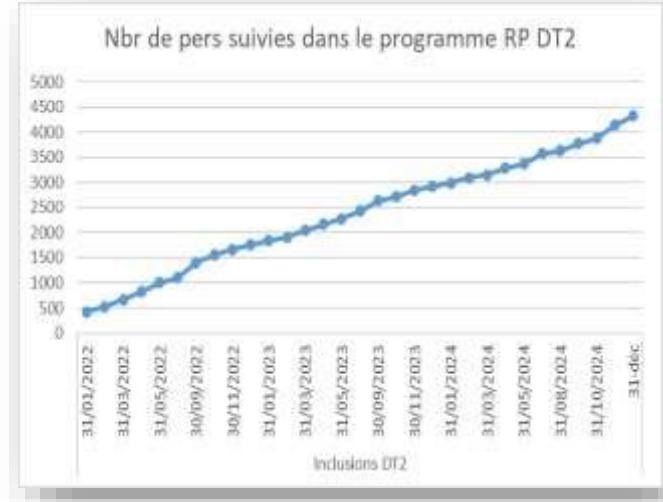


Une montée en charge soutenue



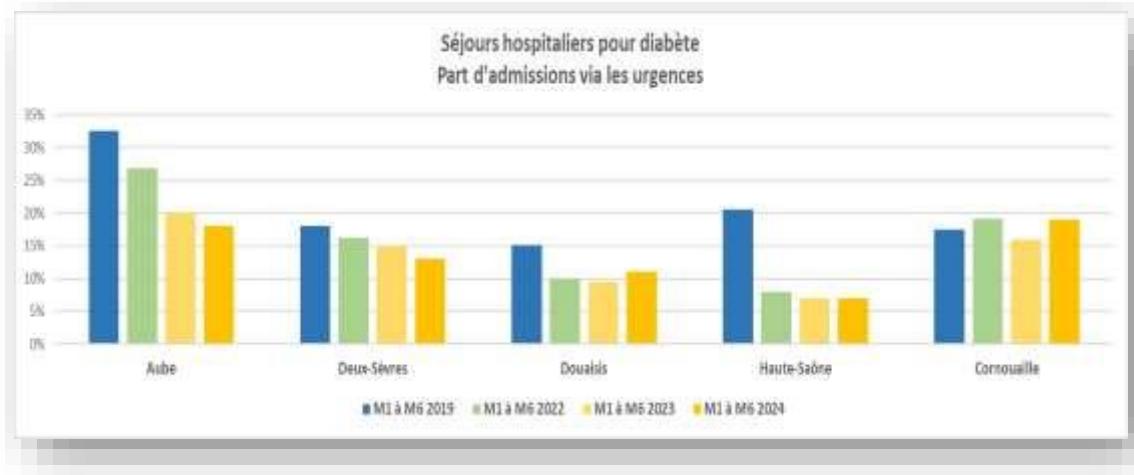
Un rythme soutenu pour les actions de prévention primaire montrant un ancrage sur les territoires

Près de 6% de la population-cible théorique (300k) a été touchée, mais en pratique, une part beaucoup plus importante des personnes « vraiment à risque »

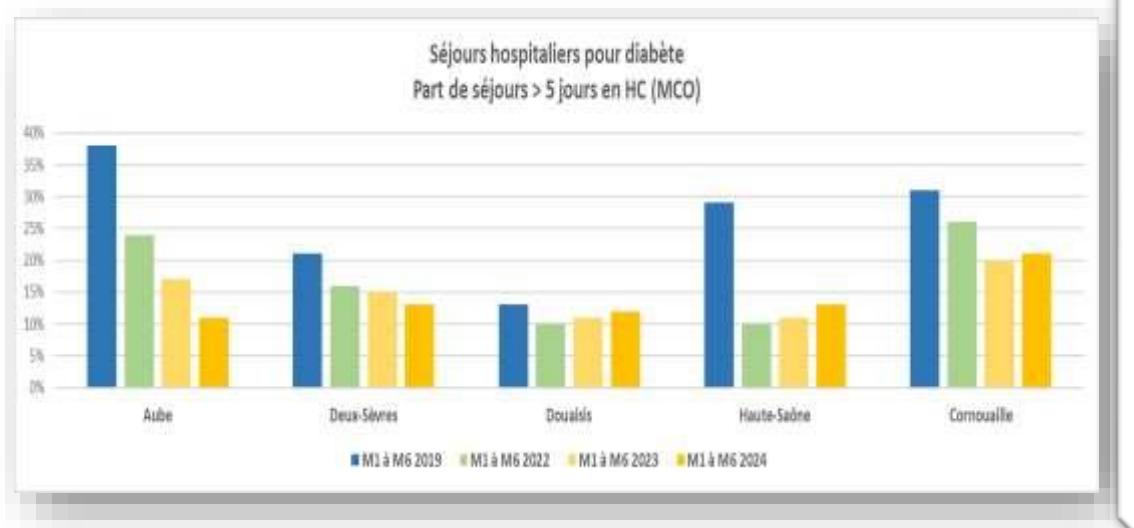
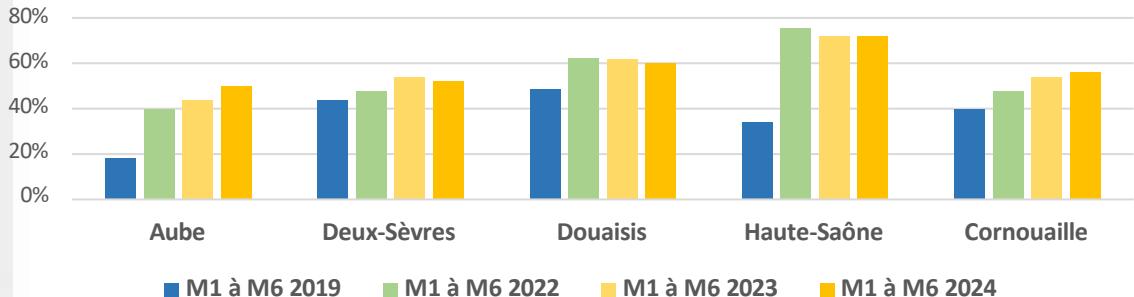


Une accélération du rythme des inclusions montrant un changement dans les routines cliniques

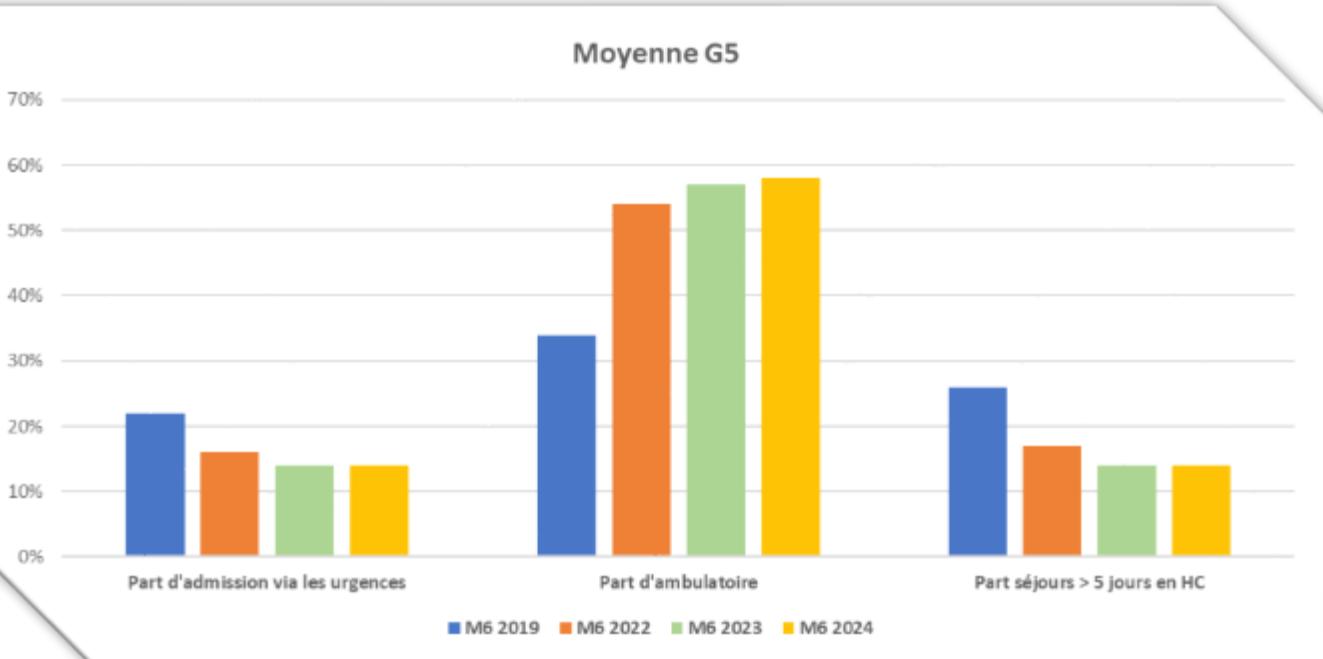
Des impacts tangibles et convergents



Séjours hospitaliers pour diabète
Part d'ambulatoire

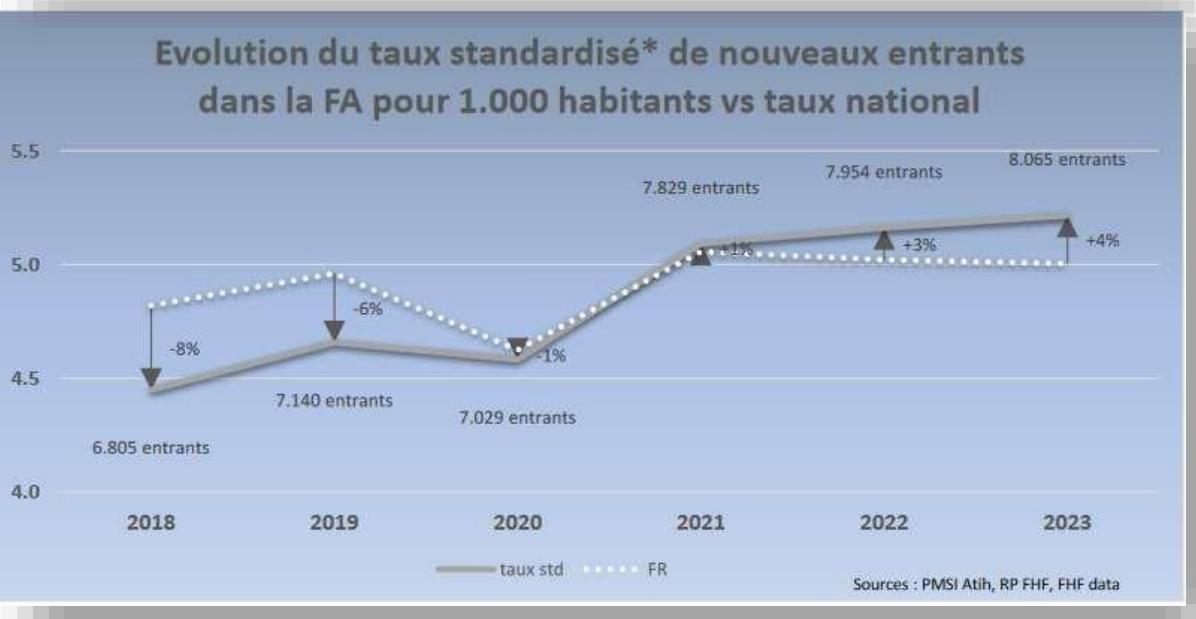
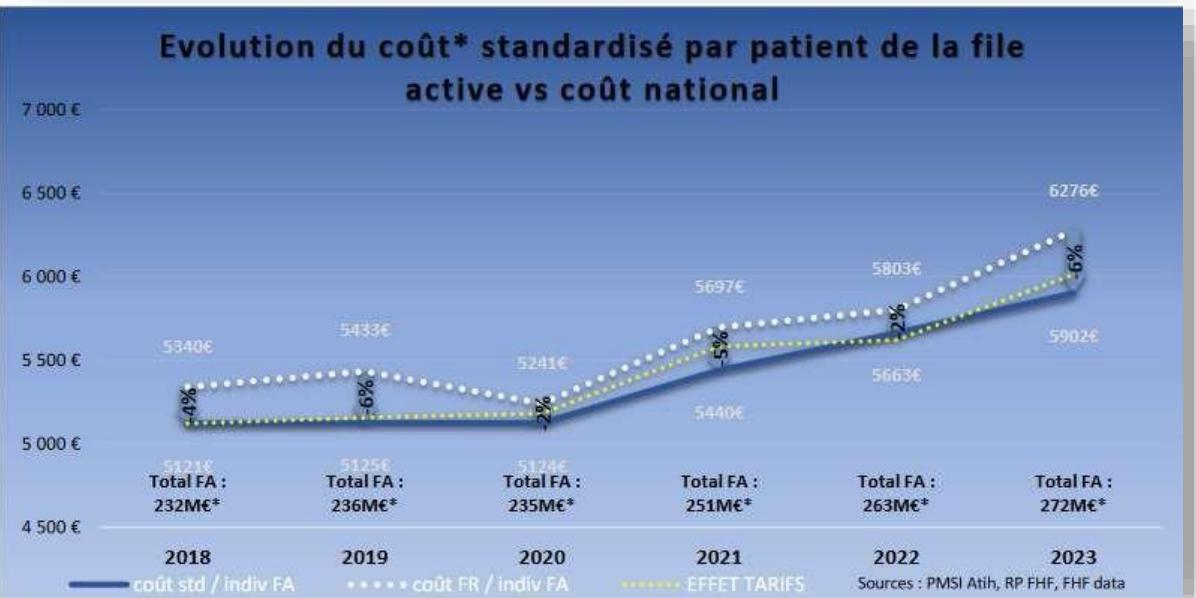


Moyenne G5



Sources ATIH, FHF DATA 2024

Un impact mesurable



A fin 2023, le coût moyen par patient est 6% inférieur à la moyenne nationale dans nos 5 Territoires Pionniers

- Alors que la qualité et la quantité de services a été augmentée

Alors que les 5 Territoires Pionniers « trouvent » davantage de personnes atteintes de diabète que la moyenne

- Ce qui reflète une bascule vers une approche proactive

La validation scientifique

- 11^e Colloque ARAMOS, Metz, novembre 2023
- Séminaire National des Hospitaliers (2020, 2022, 2024)
- 34th PCSI Conference, Copenhague, Danemark, Novembre 2019
- 35th PCIS Conference, Reikjavik, Islande, Septembre 2022
- Colloque international « Santé, Citoyenneté, Territoires », Nancy, novembre 2023
- Congres de la Société Francophone du diabète, Toulouse, mars 2024
- 24th International Conference on Integrated Care, Belfast, mars 2024, *Gagnant d'un prix*
- 10^e congrès de la Société d'éducation thérapeutique européenne, Liège, mai 2024
- 3^e Journée annuelle de l'expérience patient, Paris, juin 2024
-

L'approche "responsabilité populationnelle" pour le diabète de type 2



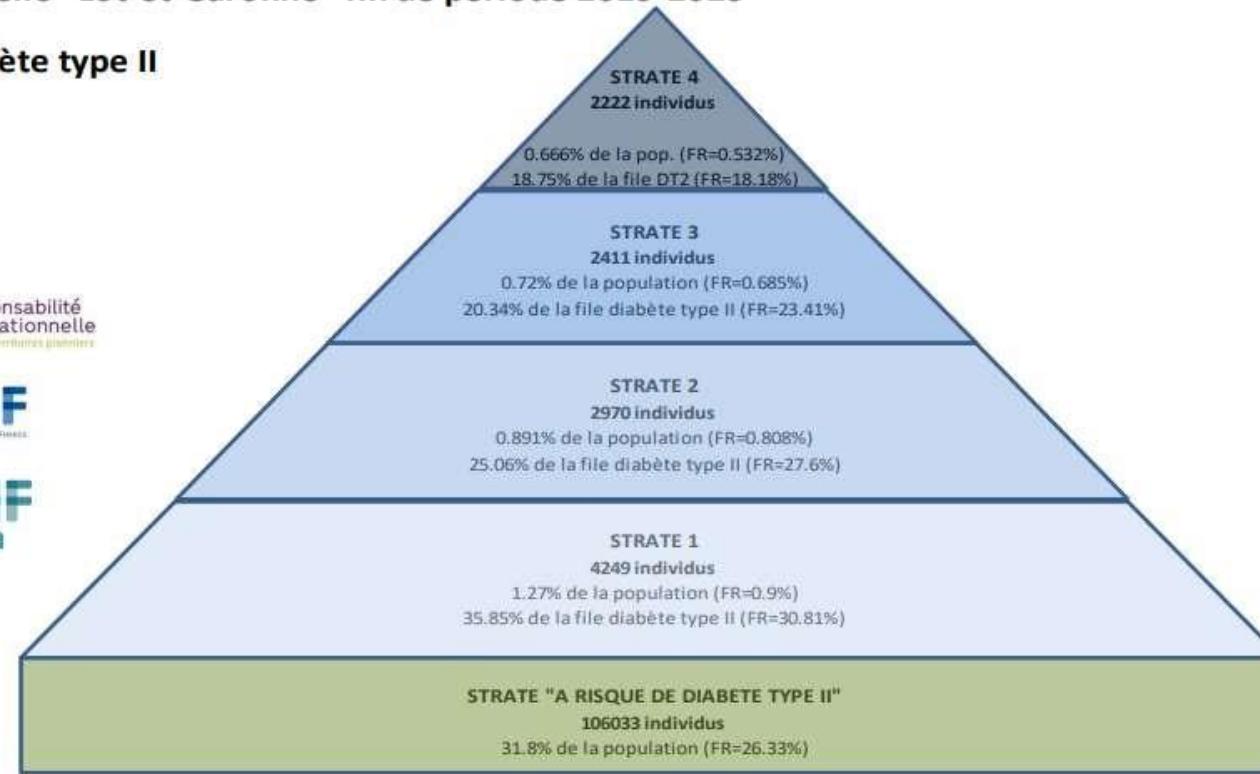


Le projet lot-agenais

Thématique choisie : DIABETE

Parcelle "Lot-et-Garonne" fin de période 2019-2023

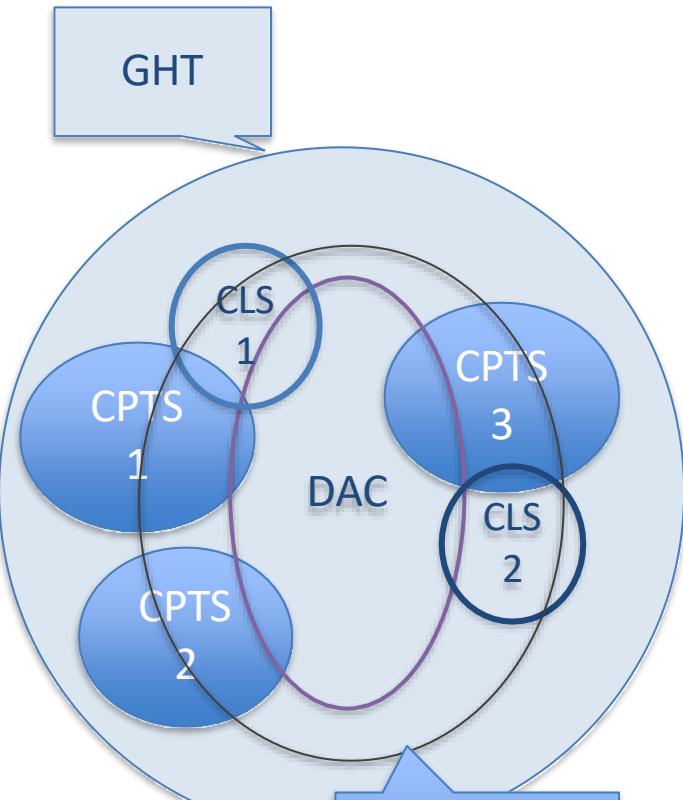
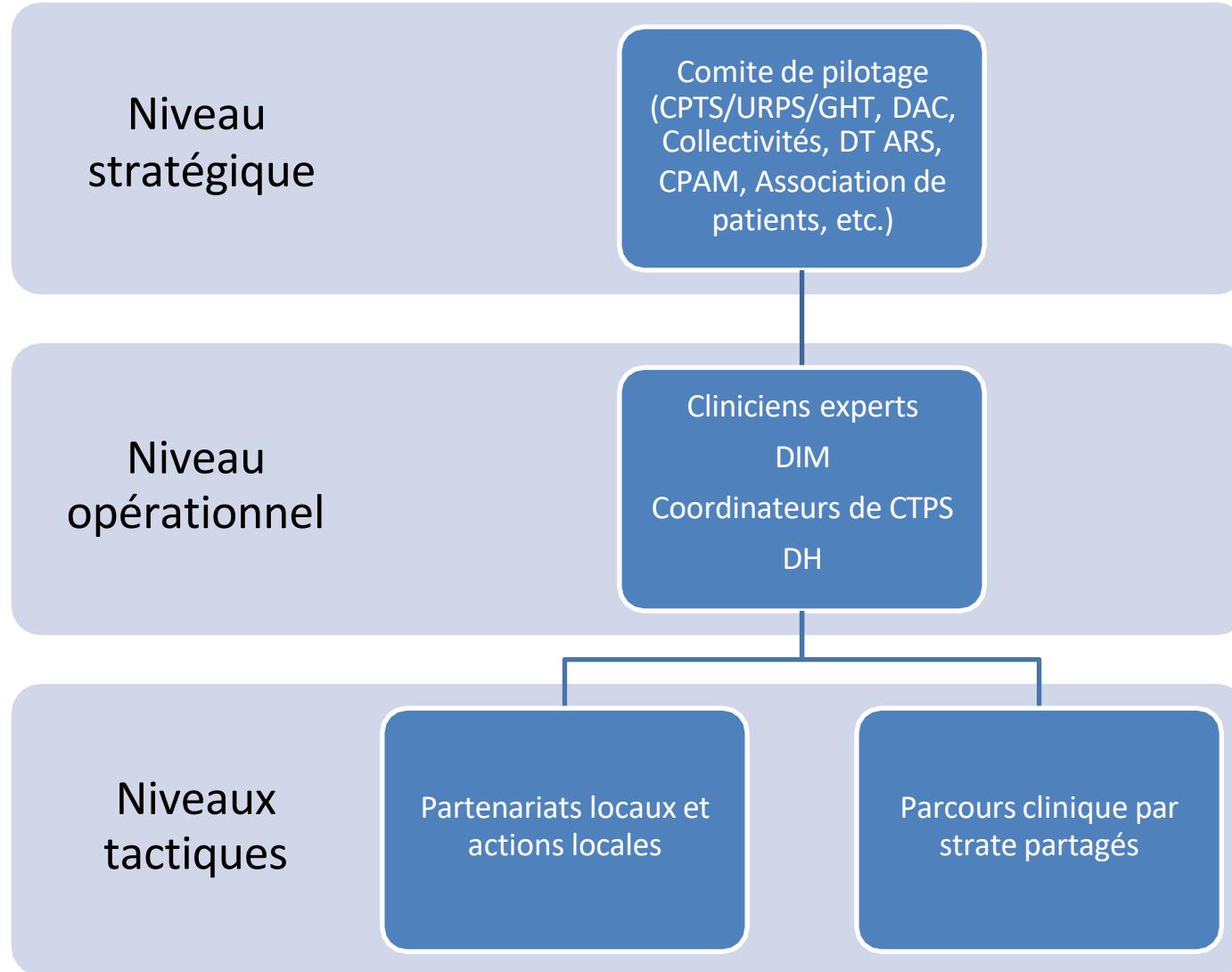
Diabète type II



Sources : PMSI 2019-2023 Atih, INSEE, FHF data

	nb vivants fin période	% Femmes	Age moyen	Montant BR AM sur 5 ans	Nbre j. sur 5 ans (hors sé MCO)	% ayant fréq. le MCO	nb séj. MCO moyen sur 5 ans	nb séj urg moyen sur 5 ans	nb séances MCO moyen sur 5 ans	% ayant fréq. le SSR	% ayant fréq. l'HAD	% ayant fréq. la psy.
Strate 4	2 222	43.9%	79.2	34 464 €	72.1	100.0%	6.6	2.5	8.3	42.0%	4.8%	1.7%
Strate 3	2 411	34.8%	73.5	20 704 €	47.2	100.0%	5.3	1.6	1.7	30.6%	1.8%	2.5%
Strate 2	2 970	49.1%	69.0	17 818 €	54.6	99.8%	4.4	1.1	2.2	19.8%	2.5%	4.0%
Strate 1	4 249	50.2%	70.8	9 615 €	22.3	99.9%	2.9	0.6	1.0	14.5%	1.1%	2.0%
Strate "à risque" DT2	106 033	54.9%	66.8	9 062 €	30.8	98.9%	2.6	0.6	1.0	11.5%	0.9%	2.7%

Notre « territoire RP »



CALENDRIER:
LANCEMENT
2025-2026

