

AXE 2 : Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Chapitre 11 : Diabète de type 2

1. Diagnostic et enjeux

Le diabète est une pathologie chronique présentant un enjeu de santé publique en raison de sa fréquence et de ses complications. Il existe deux principaux types de diabète: le diabète dit de « type 1 » (DT1) survenant essentiellement chez l'enfant ou le jeune adulte et le diabète dit « de type 2 » (DT2) correspondant à la forme la plus fréquente (plus de 90 %) et survenant chez l'adulte en général à partir de 45 ans.

Le diabète gestationnel constitue pour sa part une entité à part entière (entre 1 et 14% des femmes enceintes). Il disparaît dans la très grande majorité des cas après la grossesse mais il peut néanmoins être le révélateur d'un DT2 méconnu.

Cette fiche est dédiée au DT2, le DT1 étant traité dans la fiche relative à la santé de l'enfant (cf axe 1)

Le diabète non traité peut engendrer des complications qui sont communes aux deux types de diabète (DT1 et DT2). Celles-ci sont de nature principalement vasculaire et chronique avec pour facteur déterminant, la durée d'exposition à l'hyperglycémie. L'atteinte des microvaisseaux peut toucher la rétine (risque de cécité), le rein (à l'origine d'insuffisance rénale chronique) et les nerfs périphériques (plaies du pied avec un risque rare mais grave d'amputation). L'atteinte des gros vaisseaux peut se traduire par un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une artérite des membres inférieurs. Dans de plus rares cas, le diabète peut être responsable de désordres métaboliques sévères aigus constituant une urgence thérapeutique (acidocétose, coma hyperosmolaire).

Contexte épidémiologique

En France, en 2020, plus de 4 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement pour un diabète (96% en ALD)¹. Le diabète de type 2 est principalement lié aux modes de vie (manque d'activité physique, sédentarité, surpoids, obésité). Sa prévalence augmente avec l'âge en raison notamment du vieillissement de la population (31% des personnes atteintes de DT2 sont âgées de plus de 75 ans).

L'Île-de-France est la troisième région métropolitaine la plus concernée après les Hauts-de-France et le Grand-Est avec environ 660 000 franciliens traités pour un diabète et une prévalence de 5,5% (versus 5,3% France entière). Le diabète de type 2 est une pathologie très marquée par les inégalités socio-territoriales. L'incidence et la prévalence sont plus importantes dans les populations en situation de vulnérabilité sociale de même que les complications sont plus fréquentes et plus graves dans ces populations. Certains départements sont plus particulièrement touchés (Seine Saint-Denis (8,1%), Val d'Oise (6,7%), Seine-et-Marne (5,9%) et Val-de-Marne (5,6%))².

Offre de prise en charge

La prise en charge des patients diabétiques de type 2 implique de nombreux intervenants (médecin traitant, endocrinologue, ophtalmologues, cardiologues, dentistes, podologues, infirmières, Infirmières Asalée, laboratoires d'analyses, pharmaciens, etc.) et repose essentiellement sur la ville. Le suivi est en effet principalement réalisé par les médecins généralistes (80%).

La risque de complications implique un suivi rigoureux. En Île-de-France en 2021, les données disponibles³ montrent qu'une marge d'amélioration conséquente est possible en termes de suivi d'analyses biologiques et de consultations de spécialistes recommandées (cardiologue, ophtalmologue, dentiste, podologue).

Par ailleurs, ce suivi demande une coordination du parcours en ville et entre la ville et l'hôpital notamment lorsqu'il existe des complications. Parmi les indicateurs macro de coordination, le taux d'hospitalisation potentiellement évitable (hospitalisation justifiée mais évitable par une meilleure coordination en ville ou ville-hôpital en amont de

¹ https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_diabete_0.pdf

² https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorage/user_upload/La_sante_des_Franciliens_vd.pdf

³ https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorage/user_upload/La_sante_des_Franciliens_vd.pdf

l'hospitalisation) est un indicateur disponible sur le site de l'ATIH pour le diabète (complications à court terme). Ce taux est le plus élevé en Île-de-France par rapport aux autres régions du territoire métropolitain⁴).

Enjeux

Les enjeux sont donc à la fois de renforcer la prévention par rapport aux facteurs de risque de diabète mais aussi d'améliorer le suivi et la prise en charge pour réduire les complications notamment dans les territoires défavorisés. Seront également à prendre en compte au cours du PRS 2023-2028, la publication des nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que les évolutions thérapeutiques, technologiques et organisationnelles qui contribuent à l'amélioration du suivi et du contrôle du diabète.

2. Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Renforcer l'animation régionale de la feuille de route diabète ;
- Poursuivre l'inflexion de l'incidence du diabète (DT2) en agissant sur les facteurs de risque ;
- Favoriser le repérage, l'adressage et une prise en charge le plus précocement possible ;
- Offrir une réponse en matière d'accompagnement pour les patients diabétiques pour une meilleure adhésion au suivi ;
- Améliorer le suivi des patients diagnostiqués et réduire les complications.

3. Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs de l'axe

- Renforcer l'animation régionale de la feuille de route diabète :
 - Elargir le comité de pilotage à l'ensemble des acteurs ayant un impact sur les déterminants de santé et facteurs de risque, en particulier les collectivités territoriales ;
 - Etablir un diagnostic territorial en cartographiant notamment les données récentes de prévalence et d'incidence du DT2 avec les données de prise en charge et de suivi et les données sociales ;
 - Renforcer l'action des acteurs de premiers recours impliqués dans l'amélioration de l'adhésion des patients au suivi en lien notamment avec l'assurance maladie.
- Poursuivre l'inflexion de l'incidence du diabète (DT2) en agissant sur les facteurs de risque :
 - Informer la population sur la problématique du diabète ;
 - Favoriser l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé, en particulier dans le domaine de l'alimentation, du sport santé et de la lutte contre la sédentarité (voir axe 6) ;
 - Développer des actions ciblées d'« aller-vers » sur les territoires prioritaires et auprès des populations éloignées du système de santé (voir axe 6).
- Favoriser le repérage, l'adressage et une prise en charge le plus précocement possible, notamment à destination des sujets identifiés à risque (femmes enceintes, personnes âgées, handicapées, polypathologiques, en situation de précarité) et en s'appuyant sur notamment sur la structure d'expertise et ressources diabète Île-de-France :
 - Favoriser les actions de dépistage précoce en ville et dans les structures sociales et médico-sociales ;
 - Renforcer l'accès au dépistage dans les territoires prioritaires, les populations identifiées à risque et éloignées du système de santé en lien avec les Contrats Locaux de Santé notamment ;
 - S'assurer de l'information et sensibilisation des acteurs du secteur médico-social, social et associatif notamment sur les personnes à risque.
- Offrir une réponse en matière d'accompagnement pour les patients diabétiques pour une meilleure adhésion au suivi :
 - Réaliser un état des lieux et la cartographie des programmes d'éducation thérapeutique du patient sur le champ du diabète autorisés et/ou financés par l'ARS ;

⁴ https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2021&niv_geo=REG_FRA&indic=hpe_patho4

- Favoriser le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) notamment en proximité (structures d'exercice collectif, e-ETP) ;
 - S'appuyer selon le besoin sur la structure d'expertise et ressources diabète Île-de-France pour offrir un accès à un programme d'ETP sur les territoires prioritaires ;
 - Encourager les parcours inter-ETP s'appuyant sur les besoins des patients (programmes pluri-pathologies, programmes modulaires) ;
 - Inciter les patients à s'inscrire au programme Sophia en articulation avec les programmes d'ETP et par une action coordonnée avec l'assurance maladie auprès des médecins généralistes et des infirmières notamment Asalée.
- Améliorer le suivi des patients diagnostiqués et réduire les complications
- Favoriser, en s'appuyant notamment sur structure d'expertise et ressources diabète Île-de-France la diffusion des bonnes pratiques dans le cadre notamment des nouvelles recommandations de la HAS ainsi que les innovations thérapeutiques (élaboration d'outils, formations) ;
 - Encourager les parcours de prise en charge pluridisciplinaires et coordonnés (nouveaux métiers (IPA), coopérations interprofessionnelles, outil permettant de connaître la situation du patient quant à son suivi) ;
 - Renforcer le lien ville-hôpital (éviter les urgences et les hospitalisations évitables) pour une meilleure coordination des parcours en :
 - Accompagnant le déploiement des infirmiers de coordination diabète mises tel que prévu dans le cadre d'appels à manifestations d'intérêt ;
 - S'appuyant sur des méthodologies telles que développées dans les projets de responsabilités populationnelles dans les territoires prioritaires.
 - Améliorer l'accès à l'expertise pour les professionnels de premiers recours en développant le recours à la télé-expertise :
 - Renforcer l'accès à la rétinographie dans les territoires défavorisés (cartographie des lieux existants, implantation de nouveaux lieux de rétinographie).
 - Structurer le parcours pieds diabétiques :
 - Caractériser le parcours des patients hospitalisés avec une plaie ou pour une amputation à partir des données de l'Assurance Maladie (SNDS) ;
 - Cartographier et identifier les ressources (centres experts, centres de niveau 2, podologues) en s'appuyant sur la structure d'expertise et ressources diabète Île-de-France (SER diabète Île-de-France) pour une meilleure lisibilité de l'offre graduée ;
 - Renforcer la formation des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du pied diabétique (pansements, dépistage, sensibilisation des patients).
 - Intégrer et soutenir les innovations dans la prise en charge du diabète à toutes les étapes du parcours : généralisation de la télésurveillance (glycémie, insuline), de la télé-expertise (plaie du pied), accompagnement des innovations organisationnelles (article 51 et autres).

Indicateurs

Indicateurs	Méthode de construction	Valeur d'origine	Valeur cible
Réduction des ISTS / diabète : augmentation du nombre d'actions de prévention primaire et secondaire dans les communes avec Fdep peu favorable			
Nombre de programme d'ETP dans un territoire prioritaire (CLS, Zone de revitalisation rurale)			
Meilleur suivi de diabète (reco HAS) : examen complémentaires, consultations de spécialistes, baisse des complications dues à un suivi et une prise en charge tardive	Etude SNDS à T0 et T5 ans		
Prise en charge : diminuer le taux d'hospitalisation évitable	Hospitalisation évitable	ATIH 2023	Baisse de 10%