

AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

DIABÈTE

Le diabète est une maladie chronique évolutive qui sévit principalement dans les pays en développement. L'augmentation de sa prévalence et la gravité de ses complications justifient des mesures accrues de prévention et de dépistage dans la population. La prise en charge médicale du diabète repose sur des mesures hygiéno-diététiques et des médicaments, mais aussi sur l'éducation de la personne diabétique, et l'accompagnement socio-juridique pour les migrants/étrangers en situation précaire.

Site de l'Association Française des Diabétiques : www.afd.asso.fr

DÉFINITION

Le diabète est une hyperglycémie chronique. La glycémie – quantité de sucre dans le sang – s'exprime en mmol/l ou en g/l (1 g/l=5,5 mmol/l). À l'état normal, la glycémie varie de 4 à 6 mmol/l, sans dépasser 6,1 mmol/l à jeun (à 8 heures) et 7,8 mmol/l après un repas. L'équilibre glycémique est notamment assuré par une hormone pancréatique, l'insuline, dont la sécrétion augmente après les repas (pics prandiaux). Il y a diabète lorsque :

- glycémie à jeun ≥ 7 mmol/l, résultat contrôlé par un 2^e prélèvement ;
- ou glycémie $\geq 11,1$ mmol/l à n'importe quelle heure, en présence de signes cliniques.

Il existe deux types de diabète. Le diabète de type 1 (DT1) représente 10 à 15 % des cas. Dû à une carence de sécrétion de l'insuline par destruction auto-immune des cellules, du pancréas, il survient chez des sujets jeunes, et doit être traité par insuline. Le diabète de type 2 (DT2) représente 80 à 85 % des cas. C'est une maladie à composante familiale qui s'extériorise après 40 ans chez un sujet sédentaire en surpoids, ayant une baisse de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline. Le traitement repose sur l'équilibre de l'alimentation, l'exercice physique et des comprimés hypoglycémifiants. L'insuline peut devenir nécessaire si l'équilibre n'est pas atteint, ou si des complications surviennent.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Dans le monde, l'OMS évalue à 210 millions le nombre de diabétiques (taux de prévalence de 35 cas pour 1 000 personnes), conduisant à 4 millions de décès et 1,5 million d'accidents vasculaires cérébraux. En France, on estime le nombre de diabétiques à 2 millions (33 cas p. 1 000), et à plus de 300 000 les personnes diabétiques non dépistées.

Parmi les exilés reçus au Comede et à âge égal, les taux de prévalence sont plus élevés chez les personnes originaires d'Asie du Sud (Sri Lanka 49 p. 1 000, Bangladesh 48, Pakistan 37, Inde 27), d'Algérie (40) et du Congo (29). Les patients diabétiques d'Afrique centrale sont plus souvent hypertendus, et ceux d'Asie du Sud plus souvent dyslipidémiques. La précarité dans laquelle vivent ces personnes aggrave les difficultés de prise en charge de la maladie.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Le diabète de type 1 débute souvent brutalement, avec polyurie, polydipsie (augmentation respective du volume d'urines et de boissons ingérées), amaigrissement, et glycémie > 11 mmol/l.

Le diabète de type 2 est cliniquement asymptomatique pendant plusieurs années. Ce temps de latence est favorable au développement de complications souvent graves : macroangiopathies (75 % des diabétiques décèdent d'une complication cardiovasculaire dont 50 % d'ischémie myocardique), rétinopathie (1^{re} cause de cécité en Europe), néphropathie (1^{re} cause de dialyse en Europe), pied diabétique (5 à 10 % des diabétiques sont amputés), neuropathie. Il existe le plus souvent un excès de graisse viscérale, ou abdominale, reflet de l'insulinorésistance et du risque de maladie cardiovasculaire. Le médecin doit penser au diabète devant une infection cutanée ou muqueuse récurrente, des douleurs inexplicables des membres inférieurs, ou des troubles de l'érection.

BILAN ET SUIVI MÉDICAL

Examen clinique :

- calcul du poids normal, de la surcharge pondérale et de l'obésité à partir de l'indice de masse corporelle ($IMC = P/T^2$, normal entre 18,5 et 25). Il y a surcharge pondérale si $IMC > 25$, obésité si $IMC > 30$ et obésité grave si $IMC > 40$. Le périmètre abdominal (plus de 102 cm chez l'homme, plus de 88 cm chez la femme), reflète l'obésité centrale ;

L'Inpes propose des disques de calcul de l'IMC (kit)

www.inpes.sante.fr
(professionnels de santé)
ou www.mangerbouger.fr
(disques, brochures, courbes)

- examen cardiovasculaire : tension artérielle [objectif TA \leq **130/85**, et \leq **125/80** si néphropathie], auscultation, palpation des pouls, ECG (recherche d'une ischémie silencieuse) ;
- examen ophtalmologique du fond d'œil (FO) à la recherche d'une rétinopathie ;
- examen de la peau, des muqueuses, des réflexes ostéotendineux (ROT) et de la sensibilité ;
- examen des pieds (sensibilité, cors, durillons, mycose, infection cutanée, crevasse).

Examens biologiques, protection maladie indispensable, demande de complémentaire en admission immédiate (voir page 212) CMU-C ou instruction prioritaire AME (voir page 224) :

- la surveillance médicale du diabète repose sur le dosage de l'hémoglobine A1c (HbA1c normale entre 4 à 6 %) qui est le reflet de l'équilibre glycémique des 2 mois précédents. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun. La glycémie n'a pas d'intérêt en dehors du dépistage ;
- bilan lipidique : triglycérides (TG 0,4-1,5 g/l = 0,4-1,7 mmol/l), cholestérol total (CT 1,5-2,5 g/l = 3,9-6,5 mmol/l), cholestérol HDL (« bon cholestérol » $>$ 0,40 g/l = 1,1 mmol/l) ;
- créatininémie (7-13 mg/l = 60-120 mmol/l) et clairance de la créatinine ;
- protéinurie (bandelette urinaire) et microalbuminurie pour dépister une néphropathie.

En cas de DT1, surveillance de la glycémie capillaire mesurée au doigt.

Le suivi médical doit être rapproché tant que l'équilibre glycémique n'est pas atteint, puis intervient tous les 3 à 4 mois avec dosage de l'HbA1c, poids, TA, examen clinique, examen du carnet du diabétique. Surveillance annuelle : bilan lipidique, créatininémie, microalbuminurie, ECG, FO, ROT et examen des pieds dont examen au monofilament.

La prévention des complications repose sur la normalisation du taux de l'HbA1c (une baisse de 1 % de l'HbA1c diminue de 20 % le risque de complication). Outre la surveillance et le suivi, les autres facteurs de risque cardio-vasculaire doivent être traités :

- traitement d'une hypertension artérielle (voir page 362) associée avec prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion en 1^{re} intention ;
- traitement des dyslipidémies par statine en cas d'hyper-LDL-cholestérolémie (isolée ou avec hypertriglycéridémie $<$ 3 g/l) ou fénofibrate en cas d'hypertriglycéridémie $>$ 3 g/l ;
- l'aspirine à dose de 75 à 160 mg/j est recommandée en prévention primaire et secondaire pour les diabétiques hypertendus et/ou dyslipidémiques.

CONSEILS ALIMENTAIRES

- Diminuer les graisses et l'alcool +++
- Les protéides se trouvent dans les viandes, les poissons, les œufs, le lait et les légumes secs. Il vaut mieux choisir les viandes maigres, privilégier les poissons, boire du lait demi-écrémé.
- Les lipides : limiter les acides gras saturés qui augmentent le LDL-cholestérol (viandes grasses, beurre, laitages, fromages, œufs), conseiller les acides gras polyinsaturés d'origine végétale (huile de maïs, soja, tournesol, volailles, poissons gras) et surtout les acides gras mono-insaturés (huile d'olive, arachide, colza).
- Les glucides sont principalement l'amidon (pain, pommes de terre, pâtes, riz), le saccharose (sucre de cuisine), le fructose (fruits) et le lactose (lait). Tous les glucides n'ont pas le même pouvoir hyperglycémiant, mesuré par l'index glycémique (effet hyperglycémiant global d'un aliment exprimé en pourcentage de celui d'une quantité isoglucidique de sucre ou de pain blanc). Il faut conseiller la consommation de glucides avec index glycémique faible, et éviter de manger "seul" un glucide à index glycémique élevé (le manger en fin de repas ou accompagné d'un aliment qui va en ralentir la digestion comme les légumes verts).

La prise en charge du diabète repose en grande partie sur l'éducation de la personne et nécessite d'aborder son mode de vie (contexte social et administratif, alimentation, tabac, alcool, activités). La compréhension par le malade et son entourage de la maladie et du traitement favorise l'autonomie, l'observance et la baisse de l'incidence des complications. L'autocontrôle de la glycémie peut être effectué par un lecteur électronique, et la recherche de l'acétonurie par bandelette urinaire permet de dépister un déséquilibre. En cas de diabète de type 1, le carnet de surveillance quotidienne, avec les doses d'insuline, les mesures de la glycémie et de l'acétonurie, est un instrument indispensable au malade et au médecin.

TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE

Les mesures diététiques ont pour objectif de favoriser une alimentation équilibrée. Les besoins alimentaires énergétiques sont couverts par les glucides (sucres) et les lipides (graisses), et les besoins de construction sont couverts par les protéides. Le diabète limite la réponse de l'organisme aux apports brutaux de glucides, c'est pourquoi il faut fractionner les apports en au moins 3 repas par jour. Les apports quotidiens doivent comporter 50 % de glucides, 35 % de lipides et 15 % de protéides. Le nombre de calories est calculé en fonction du poids et de l'activité physique. En cas de surpoids, le régime doit être modérément hypocalorique (un amaigrissement de 10 % du poids a déjà une influence sur la glycémie et l'insulinorésistance).

L'exercice physique est recommandé dans tous les cas, car il contribue à la baisse de la glycémie et de l'insulinorésistance, favorise la normalisation du poids ainsi que le bien-être physique et psychologique. En cas de DT1, l'autosurveillance du diabète doit être bien maîtrisée pour une adaptation des doses d'insuline afin d'éviter les malaises hypoglycémiques. En cas de DT 2 pour un sujet sédentaire en surpoids, la reprise de l'activité physique doit être progressive, après s'être assuré qu'il n'y a pas de contre-indications. Il faut tenir compte du contexte afin de conseiller sans décourager (la marche favorise les économies de transport...). Exemple d'activité efficace : 2 heures de marche à bonne allure, 1 heure de vélo ou une demi-heure de jogging 3 fois par semaine.

L'arrêt de la consommation de tabac est hautement recommandé.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le traitement du diabète de type 1 est l'insulinothérapie, qui consiste en plusieurs injections par jour (2 à 4 pour une dose quotidienne de 0,6 à 0,9 U/kg). Il existe plusieurs types d'insulines selon leur durée d'action, toutes concentrées à 100 U/ml. Les insulines prémélangées contiennent une insuline d'action rapide et une d'action intermédiaire. Les injections peuvent se faire avec une seringue ou un stylo à usage unique ou réutilisable, dans le tissu sous-cutané profond de l'abdomen, des bras, des cuisses ou du haut des fesses.

Le traitement initial du diabète de type 2 repose sur les mesures hygiéno-diététiques. L'efficacité doit être appréciée après les premiers mois : une monothérapie est discutée si HbA_{1c} > 6,5 % selon l'évaluation bénéfice-inconvénients, et recommandée si HbA_{1c} > 8 %. Les sulfamides hypoglycémiant (glibenclamide, DAONIL FAIBLE à 1,25 mg, HEMI-DAONIL à 2,5 mg, DAONIL à 5 mg) augmentent l'insulinosécrétion (risque d'hypoglycémie sévère) et les biguanides (metformine Générique, cp 850 mg et à 1 000 mg) diminuent l'insulinorésistance (meilleure tolérance digestive après le repas). Les glitazones (pioglitazone/ACTOS, et rosiglitazone/AVANDIA), diminuent l'insulinorésistance et favorisent l'équilibre métabolique, au prix d'une prise de poids fréquente (graisse sous-cutanée, et non plus viscérale).

- La metformine est recommandée en 1^{re} intention.
- Toujours débiter à doses faibles, à augmenter progressivement par palier de 4 semaines.
- Évaluer à 3 et 6 mois par le dosage de l'HbA_{1c}. Si la monothérapie est insuffisante à dose optimale, prescrire une bithérapie associant la metformine à un sulfamide hypoglycémiant ou à une glitazone (ne pas associer 2 sulfamides hypoglycémiant). Si la bithérapie n'est pas suffisante à dose optimale, l'insulinothérapie sera envisagée à l'aide d'une équipe spécialisée.

ÉDUCATION DES PATIENTS DIABÉTIQUES

Une consultation spécialisée d'éducation permet de compléter la prise en charge médicale. Il est essentiel que les informations théoriques soient personnalisées à partir des situations concrètes que vit la personne. Pour les non-francophones, la présence d'un interprète professionnel (voir page 28) permet d'optimiser les échanges d'informations en vue d'aboutir à un savoir théorique et pratique. L'acceptation du diabète par le

INDEX GLYCÉMIQUE

- ☹ 70-100 %
glucose, sodas, pain blanc, biscottes, riz brun, pommes de terre, corn flakes
- 😊 50-70 %
saccharose, riz blanc, semoule, betteraves, carottes, bananes, chocolat, glaces, miel
- 😊 < 50 %
pâtes, pain aux céréales, pommes, oranges, raisin, haricots blancs, lentilles, lait, yaourt, fructose

PRÉVENTION PRIMAIRE ET DÉPISTAGE

La prévention primaire du diabète a pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel de la population afin de diminuer l'incidence de l'obésité et des maladies métaboliques. Le Programme national nutrition santé (voir PNNS page 249) a défini 9 objectifs prioritaires : augmenter la consommation de fruits et légumes, de calcium, de glucides, promouvoir l'activité physique, diminuer les apports de graisses et d'alcool, réduire la cholestérolémie, la TA, le surpoids et l'obésité.

Le dépistage du diabète type 2 est recommandé tous les 3 ans en cas de facteurs de risque : collatéraux du 1^{er} degré de diabétiques, surpoids, hypertension artérielle, dyslipidémie, insuffisance rénale, diabète gestationnel, primo-arrivants d'Asie du Sud ou d'Afrique du Nord (voir Bilan de santé page 237).

malade repose en effet en grande partie sur les possibilités de verbalisation du vécu, et le gain d'autonomie et d'autocontrôle de la maladie favorise l'intégration sociale.

Il n'y a pas de « petit diabète ». Le bénéfice d'une prise en charge précoce, même lorsqu'il n'y a « pas encore de complications », est indéniable. Le traitement du diabète repose sur les règles hygiénodiététiques et, si nécessaire, les médicaments. Il est également indispensable de maîtriser une hypertension artérielle et/ou une dyslipidémie associée. Les objectifs de l'éducation thérapeutique portent ainsi sur l'équilibre de l'alimentation ; la maîtrise du poids ; l'activité physique ; l'arrêt du tabac ; enfin l'observance du traitement.

Mise en œuvre de l'éducation du diabétique. On ne peut apprendre son « métier de diabétique » en quelques minutes : l'information doit être conduite par étape, dans une progression à la fois théorique et pratique, dans l'implication sur la vie quotidienne. L'expression dans la langue maternelle permet en outre de prendre en compte les représentations culturelles en matière de santé (« comme je ne travaille pas, je n'ai pas besoin d'un petit-déjeuner » ou « je me sens fatigué, j'arrête le traitement »). La personne doit connaître également les situations critiques (malaise hypoglycémique, plaie des pieds) et savoir comment y faire face. En obtenant des résultats plus visibles, la planification d'objectifs successifs (ex. : d'abord perdre un peu de poids, puis prendre un peu d'activité physique chaque jour, puis viser la diminution de l'hémoglobine A1c...) favorise l'adhésion de la personne et permet un contrôle plus efficace de la glycémie.

Les limites à la modification des comportements sont de plusieurs ordres : facteurs personnels (« je ne sens rien, je ne suis pas malade »), idées fausses sur le diabète (« on peut en guérir »), facteurs sociaux (« si je ne cuisine pas comme chez nous, ils vont me mettre à la porte »), liés à l'accès aux soins (« la pharmacie refuse l'aide médicale ») et à la précarité (« j'ai une plaie au pied car je suis dehors toute la journée en attendant le Samu social », « je ne suis pas venu au rendez-vous car je n'ai pas de ticket de métro »). Dans un contexte d'exil et d'exclusion, l'éducation du diabétique participe à une prise en charge nécessairement pluridisciplinaire du diabète. Pour ne pas laisser la personne dans son isolement psychologique et social, des entretiens réguliers doivent pouvoir être proposés.

Edias, CD-Rom d'aide à l'action en éducation du patient diabétique de type 2

Démarche éducative avec boîte à outils proposée par l'Inpes
www.inpes.sante.fr, rubrique professionnels de santé



RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR PAGE 382)

Un étranger « sans-papiers » diabétique traité par médicaments et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplit les critères médicaux de « régularisation ». L'accès aux médicaments et la possibilité d'un suivi médical régulier déterminent en effet la qualité de la prise en charge et permettent de prévenir les complications de moyen et de long termes.

Dans l'observation du Comede (voir Rapports annuels sur www.comede.org), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades diminuent depuis 2003, les refus étant principalement fondés sur la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine. Parmi 123 réponses documentées entre 2000 et 2006, le taux d'accord est de 63 % en première demande et de 70 % en renouvellement avec de grandes variations selon les départements, les refus étant plus fréquents pour les personnes d'Afrique de l'Ouest. Les rapports médicaux destinés au Médecin inspecteur de santé publique (MISP) et, en cas de recours contentieux, les certificats destinés au tribunal administratif doivent argumenter sur le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale (degré de sévérité de la maladie, existence de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaire) ; ainsi que sur le risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine, apprécié notamment par les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine (voir *Repères géopolitiques et accès aux soins* page 31), en particulier le pourcentage de la population ayant accès aux médicaments essentiels.