

LA DIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Diabète de type 1
L'intérêt de la pompe à insuline

Le Dr Jean-Pierre Riveline (Paris) fait le point sur l'intérêt de la pompe à insuline, principalement utilisé chez les diabétiques de type 1 en situation d'instabilité glycémique.

● La pompe à insuline est un petit appareil de la taille d'un téléphone portable, qui peut se porter discrètement à la ceinture. « Cet appareil contient un moteur avec un piston qui active un réservoir contenant un analogue rapide de l'insuline », souligne le Dr Jean-Pierre Riveline (hôpital Lariboisière, Paris). L'insuline est délivrée en sous-cutané par le biais d'un cathéter en plastique que le patient change tous les trois jours. « Cette insuline basale à un lent débit va contrôler la production hépatique de glucose. Mais il y a aussi une nécessité de faire face aux repas et aux apports alimentaires de glucides, qui sont alors plus brutaux. Le patient va alors faire un bolus pour compenser cette hyperglycémie postprandiale », indique le Dr Riveline. Même équipé d'une pompe à insuline, le patient reste actif car il doit faire trois ou quatre glycémies par jour au minimum. « En fonction, il va adapter les doses de bolus ou de débit de base », précise-t-il.

La pompe à insuline reste encore très majoritairement destinée aux diabétiques de type 1, avec une indication principale : l'instabilité glycémique. « Cela concerne les patients qui vont faire des hypoglycémies imprévisibles sans qu'on en connaisse vraiment les raisons. Et cela n'est pas anodin car la qualité de vie de ces patients peut en être fortement altérée. Il est légitime de proposer une pompe à insuline aux patients qui vont dépasser quatre hypoglycémies par semaine ou faire une hypoglycémie sévère par semaine avec nécessité d'intervention d'un tiers pour le resucrage », explique le Dr Riveline.

Une deuxième indication est le déséquilibre glycémique pour des patients, bénéficiant d'une bonne éducation thérapeutique mais qui se retrouvent au-dessus de l'objectif d'hémoglobine glyquée (> 8 %). « Sinon, il y a autre indication, plus discutée : celle du patient qui, pour des raisons de flexibilité dans sa vie personnelle ou professionnelle, préfère avoir une pompe », précise le Dr Riveline.

Si les indications pour les diabétiques de type 1 sont désormais bien cernées, le débat commence à s'ouvrir pour ceux atteints de diabète de type 2. « On recense dix fois plus de diabétiques de type 2 que de type 1. Et il n'est pas envisageable de proposer une pompe à tout le monde », indique le Dr Riveline, en soulignant l'importance des travaux conduits par le Pr Yves Reznik du CHU de Caen. « Il a coordonné une importante étude internationale qui, en 2014, a confirmé que la pompe à insuline pouvait être efficace chez certains patients de type 2. Aujourd'hui, la meilleure indication concerne les patients traités par multi-injections, avec donc un diabète déjà très avancé, qui sont particulièrement résistants à l'insuline. Il s'agit le plus souvent de patients obèses qui ont besoin de doses énormes d'insuline pour obtenir un bon équilibre glycémique. Chez ces patients, très insulino-résistants, la pompe est très efficace car elle dimi-



Une pompe majoritairement destinée aux DT1 avec une instabilité glycémique

nue les besoins en insuline et améliore l'équilibre glycémique ».

L'instauration d'un traitement par pompe à insuline est très encadrée par une réglementation de novembre 2000. « L'indication est toujours posée par un diabétologue ou un médecin orienté en diabétologie. Le patient est alors orienté vers un centre de référence où, en général, il est hospitalisé pour deux ou trois jours pour l'installation de la pompe. La formation du patient, pour l'utilisation de l'appareil, est faite par le fabricant qui agit comme un prestataire de service et a l'obligation d'assurer un suivi 24 heures/24 du matériel », explique le Dr Riveline.

Le patient doit apprendre à éviter certains effets indésirables, en particulier le risque d'acidocétose. « Cela peut se produire notamment en cas d'obstruction du cathéter ou d'une panne de la pompe. Le patient doit donc veiller à bien changer ses cathéters tous les deux ou trois jours et à faire des autosurveillances glycémiques très régulières ».

Capteurs

Dans les années 2000 sont aussi apparus des capteurs, connectés ou non à la pompe à insuline, qui permettent d'assurer une mesure du glucose en continu. « Ils se présentent sous la forme d'un petit tuyau placé sous la peau qui va mesurer en continu la concentration de glucose interstitiel. Grâce à cet outil, le patient va disposer d'un affichage en temps réel de sa glycémie, connaître sa tendance dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution. Le capteur peut aussi émettre un signal d'alarme en cas d'un événement indésirable, par exemple une hypoglycémie, ce qui peut être très rassurant pour des parents ou les parents d'enfants avec diabète de type 1 », indique le Dr Riveline, en ajoutant que le patient doit toutefois calibrer son appareil en faisant au moins une ou deux glycémies par jour. « Ce ne sera plus le cas avec un capteur de nouvelle génération de la firme Abbott, qui permet une mesure en continu sans que le patient n'ait plus à se piquer du tout », indique le Dr Riveline, en précisant que ces capteurs ne sont pour l'instant pas remboursés, en attendant les résultats des études qui sont en cours d'évaluation. Antoine Dalat

D'après un entretien avec le Dr Jean-Pierre Riveline, coordonnateur du Centre universitaire du diabète et de ses complications (CUDC) à l'hôpital Lariboisière à Paris

Société francophone du diabète

LA SANTÉ DES MÉDECINS

Pr Sébastien Guillaume
Pour que l'erreur médicale ne conduise plus au suicide

Entretien



En 2013, à Montpellier, un dispositif d'accompagnement des professionnels face à l'erreur médicale et aux incidents liés aux soins a été mis en place de façon concertée par l'administration de l'hôpital et les représentants des médecins et des paramédicaux. « Le Quotidien » s'est entretenu avec le Pr Sébastien Guillaume, du département d'urgences et de post-urgences psychiatriques au CHU de Montpellier, qui est un des coordonnateurs d'un dispositif dont le but n'est pas de sanctionner mais d'aider et d'accompagner le soignant en difficulté.

LE QUOTIDIEN : Quelle a été la genèse de ce dispositif ?

Pr SÉBASTIEN GUILLAUME : En 2010, le suicide d'un anesthésiste montpelliérain [lire aussi encadré] a fortement mobilisé la communauté médicale et paramédicale. C'est en réponse à cette mobilisation que la direction générale et la CME (Commission médicale d'établissement) ont mis en place un dispositif de réflexion autour de l'accompagnement des soignants face à l'erreur médicale.

Le dispositif d'accompagnement des professionnels est l'une des mesures mises en place à la suite de cette phase de réflexion. D'autres pistes de travail ont aussi été suivies : analyse du cheminement et du suivi de l'erreur, incitation au signalement d'événements indésirables (par le biais de campagnes auprès des salariés), formation initiale et continue... À titre d'exemple, depuis la rentrée 2011, les facultés de Montpellier-Nîmes, Nice et Marseille ont mis en place un diplôme interuniversitaire sur la gestion de l'incident, l'accident et l'erreur médicale.

Le dispositif d'accompagnement est un projet commun de l'administration, des paramédicaux et des médecins. Il est piloté par un trinôme : une directrice des soins (Madame Maria Horwath), un administratif (Madame Emilie Garrido-Pradalié) et moi-même qui assure la coordination médicale en lien avec mon exercice de psychiatre. Nous disposons d'un indépendance totale vis-à-vis de l'administration et des instances disciplinaires qui ne sont pas informées de l'identité des personnes qui font appel à nous, ni du contenu des entretiens.

« Au début nous n'étions contactés que dans des situations extrêmes : décès, conséquences graves... Ce n'est plus le cas maintenant : le dispositif a été apprivoisé par les soignants et ils savent qu'ils peuvent lui faire confiance car l'anonymat est respecté

50

Une cinquantaine de médecins se suicident chaque année en France. Chez les 30-60 ans, le taux de prévalence du suicide parmi les médecins est 2,5 fois plus élevé que dans la population générale. En mars dernier, le Dr Jean Pellet, cardiologue à Grenoble, a consacré un livre, « La nuit des défaits » (Bayard Culture), à ce sujet (« Le Quotidien » du 26 mars).

Quel est le but de ce dispositif d'accompagnement ?

Ce dispositif anonyme n'a pas comme finalité le signalement de l'incident, mais il a pour but l'accompagnement par ses pairs - hors du circuit administratif - d'un soignant en souffrance dans les suites d'une erreur médicale. Le dispositif est ouvert aux médecins, aux paramédicaux et de façon plus globale à toute personne qui travaille au CHU de Montpellier (récemment, un informaticien a été accueilli).

En pratique, un numéro de téléphone est accessible à toute personne qui se sent concernée par la problématique de l'incident lié aux soins et qui est en recherche d'aide ou d'écoute. Des campagnes d'information ont lieu régulièrement au sein du CHU et je veille moi-même à informer chaque nouvelle promotion d'internes sur ce dispositif. L'accès à l'aide par les pairs est tout à fait indépendant du signalement d'événements indésirables.

Une secrétaire formée aux techniques d'écoute répond à cette ligne dédiée et elle a pour mission de faire détailler la situation afin de s'assurer qu'elle entre bien dans le cadre du dispositif : erreur médicale ou incident lié aux soins et non souffrance au travail.

Cette secrétaire contacte ensuite la personne-ressource qui semble être le plus à même de répondre à l'appel et lui demande de rappeler le salarié pour convenir d'un rendez-vous.

Il est possible que la personne-ressource donne les coordonnées de certains professionnels (avocat, service juridique de l'hôpital...) mais c'est au demandeur de rentrer en contact s'il le souhaite avec ces personnes.

La personne-ressource débriefe ensuite avec le trinôme pour s'assurer, par exemple, que la situation a été bien prise en main et qu'il n'existe pas d'état suicidaire qui justifie une consultation avec un psychiatre.

Les 22 personnes-ressources volontaires sont des salariées du CHU : psychologues, IDE, informaticiens, médecins (toutes sensibilités médicales sauf la chirurgie), administratifs...

Elles ont été formées au dispositif en deux séminaires de 3 jours : techniques d'écoute, psychopathologie (repérer les difficultés qui nécessitent de réorienter vers un psychiatre ou un psychologue), as-

pects techniques et administratifs (cheminement de l'erreur médicale dans l'institution), place du service qualité, juridique...

Tous les six mois, des séminaires sont proposés aux personnes ressources afin de reprendre les situations passées dans les mois précédents et se reformer à des aspects particuliers psychothérapeutiques.

Quel est le bilan des premiers mois de fonctionnement du dispositif ?

Le dispositif a été mis en place début 2013. Depuis cette date, une quarantaine de salariés y ont fait appel. Leur nombre augmente régulièrement car les premiers retours ont validé cette approche et désormais, les soignants savent quelle aide rechercher auprès du dispositif.

Au début nous n'étions contactés que dans des situations extrêmes : décès, conséquences graves... Ce n'est plus le cas maintenant : le dispositif a été apprivoisé par les soignants et ils savent qu'ils peuvent lui faire confiance car l'anonymat est respecté. Nous souhaitons qu'un nombre de plus en plus important de salariés adhère à notre approche et nous sommes satisfaits de l'évolution de notre dispositif.

Propos recueillis par le Dr I. C.



Un hommage des internes au Dr Eric Delous

● Le syndicat des internes du Languedoc Roussillon a choisi de baptiser « Conférences Eric Delous » les conférences de préparation à l'ECN des étudiants de D4 mises en place en association avec la faculté de médecine Montpellier-Nîmes.

Le Dr Eric Delous avait été président de l'association des internes du CHU de Montpellier pendant ses études. En 2010, jeune anesthésiste en cours de clinat, le Dr Delous s'est suicidé suite à une erreur médicale (qu'il avait reconnue). L'internat des hôpitaux Lapeyronie et Arnaud de Villeneuve de Montpellier a été renommé « Internat Eric Delous » par les internes et chefs de cliniques montpelliérains.

<http://www.silr.fr/index.php/silr/services-avantages/conferences-eric-delous>