

LADIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Télémédecine Une ampleur bientôt nationale

Grâce à un arrêté du 25 avril, des programmes de télésurveillance du diabète vont pouvoir se mettre en place avec un financement de l'Assurance-maladie. « Pour la première fois, nous allons avoir une valorisation nationale de la télémédecine », indique le Dr Michaël Joubert, diabétologue au CHU de Caen.

● La télémédecine va-t-elle enfin vraiment pouvoir décoller dans le diabète ? « En tout cas, pour la première fois, nous allons avoir une valorisation nationale de la télésurveillance du diabète. C'est une vraie avancée. Depuis la création de la télémédecine avec la loi HPST de 2010, seulement des expérimentations locales avaient été mises en place avec des financements des agences régionales de santé (ARS). Désormais, nous nous orientons vers des projets à plus large échelle avec un financement de l'Assurance-maladie », indique le Dr Michaël Joubert, diabétologue au CHU de Caen, qui travaille sur le dossier de la télémédecine avec une mission d'expertise pour le compte de la Société Francophone du diabète (SFD).

Cette nouvelle impulsion est rendue possible par un arrêté du 25 avril dernier qui présente le cahier des charges à mettre en œuvre pour toutes les expérimentations relatives à la télésurveillance dans la prise en charge du diabète. Cet arrêté est issu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et de l'article 36 de la loi santé adoptée en 2016.

Nouvelle forme d'organisation des soins

Cet arrêté précise que la télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins. « Elle permet en effet une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé. Elle constitue en outre un facteur d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'Assurance-maladie. À ce titre, la télémédecine constitue une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours de soins du patient », indique le texte ministériel.

Les expérimentations se feront avec un système de surveillance de la glycémie capillaire, couplé avec une application pour un smartphone. « La glycémie capillaire est basculée vers l'application. Puis les données du carnet électronique du patient sont envoyées vers un portail internet auquel a accès le diabétologue. De cette manière, il peut suivre l'ensemble de sa cohorte de patients télésurveillés », indique le Dr Joubert, en précisant qu'il ne s'agit pas d'un système de gestion de l'urgence. « C'est d'abord un système d'alerte, fondé sur la fréquence des événements. Par exemple, des alertes pourront être émises si le patient fait trois hypoglycémies dans la semaine. Et si par exemple, il fait une hypoglycémie sévère dans le week-end, le diabétologue sera alerté dès le lundi matin

en ouvrant le portail de suivi des patients. Il pourra alors contacter le patient pour faire le point », indique le Dr Joubert. L'arrêté précise ainsi que la télésurveillance a pour objet de permettre à un professionnel de santé incluant, ou suivant, un patient d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical du patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à sa prise en charge.

L'arrêté précise aussi le profil des patients (18 ans ou plus) éligibles à un projet de télésurveillance. Il s'agit d'abord des patients présentant un diabète de type 1 (DT1) déséquilibrés, avec une HbA1c supérieure ou égale à 8 % lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de temps de 6 mois malgré une mise sous insuline de plus de 6 mois. Il est également possible d'inclure des patients avec un diabète de type 2 (DT2) sous insuline, diagnostiqué depuis plus de 12 mois chroniquement déséquilibrés, avec une HbA1c supérieure ou égale à 9 % lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de temps de 6 mois malgré une mise sous insuline de plus de 6 mois.

L'éducation thérapeutique obligatoirement incluse

L'arrêté stipule qu'un programme de télésurveillance doit obligatoirement comporter un programme d'éducation thérapeutique. Son but est de permettre au patient de s'impliquer en tant qu'acteur dans son parcours de soins, de mieux connaître sa pathologie et les composantes de sa prise en charge et d'adopter les réactions appropriées à mettre en œuvre en lien avec son projet de télésurveillance. « On peut penser que cet accompagnement thérapeutique sera assuré par un infirmier. Dans le projet que nous souhaitons mettre en place au CHU de Caen, l'infirmier sera en première ligne. Il devrait recevoir les alertes, les valider, les confirmer puis, si nécessaire, alerter le médecin diabétologue », indique le Dr Joubert.

Pour ces expérimentations, trois postes de financement ont été retenus par l'Assurance-maladie. Le premier est destiné au professionnel de santé qui va proposer au patient d'entrer dans un programme de télémédecine et assurer la télésurveillance. Il va toucher 110 € par patient et par semestre. Le professionnel qui fait l'accompagnement thérapeutique est rémunéré à hauteur de 60 € par patient et par semestre. Enfin, il y a un financement (300 € par patient et par semestre) pour le fournisseur de la solution technique.

Antoine Dalat

D'après un entretien avec le Dr Michaël Joubert, diabétologue au CHU de Caen

Société francophone du diabète

4 ans après la « crise » des pilules Une contraception toujours plus diversifiée chez les 20-30 ans

Santé publique France a voulu suivre l'évolution des pratiques en matière de contraception depuis la polémique autour des pilules en 2012. À l'occasion de la Journée Mondiale de la Contraception le 26 septembre, l'agence de santé publie les résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. Le bilan est plutôt rassurant. Il n'y a pas de désaffection pour la contraception et la diversification se poursuit.

● Quel impact sur le choix du mode de contraception des Françaises reste-t-il 4 ans après la tempête médiatique autour des pilules ? C'est la question à laquelle l'enquête Baromètre santé 2016 de Santé publique France (SPF) a voulu répondre en comparant les choix contraceptifs de 4 315 femmes françaises âgées de 15 à 49 ans en 2016 à ceux observés en 2010 et 2013 dans les enquêtes Fecond de l'INSERM.

« Juste après la crise, on a assisté à un report de la pilule vers d'autres méthodes, explique Delphine Rahib, chargée d'étude à l'unité sexuelle de SPF. Quatre ans après, l'évolution se maintient avec un trio gagnant, pilule, dispositif intra-utérin (DIU), préservatifs. Il n'y a pas de désamour pour la contraception ».

Pour la chercheuse, « la diversification est un plus pour les femmes. Il y a plus de chances que le choix se fasse de façon éclairée en adéquation avec les besoins, ce qui conditionne une meilleure efficacité. »

La pilule reste la plus utilisée

Si la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée, en particulier chez les moins de 25 ans, elle « perd de son hégémonie », constate la chercheuse, avec une désaffection persistante depuis 2012 suite au débat sur les risques liés aux pilules de 3e et 4e générations.

Néanmoins, l'enquête souligne que « ces résultats globaux cachent des tendances très différentes selon l'âge des femmes ». Chez les 15-19 ans comme chez les 45 à 49 ans, le sché-



Un recul de la pilule est observé chez les 20-30 ans

ma contraceptif n'a pas évolué. La contraception orale reste le premier mode de contraception utilisé avec le préservatif chez les plus jeunes. Il n'y a pas eu non plus de baisse de l'utilisation de la pilule chez les 45 à 49 ans (le DIU restant le favori dans cette tranche d'âge).

Une double tendance chez les 20-30 ans

C'est parmi les 20-29 ans que les plus grands changements sont observés depuis 2010. Une double tendance est constatée pour remplacer la pilule. « Soit elles abandonnent la pilule pour des méthodes à l'efficacité élevée (DIU, implant), explique Delphine Rahib, soit au contraire, pour le préservatif, certes efficace contre les infections sexuellement transmissibles mais moins sur le plan contraceptif ».

Chez les femmes de 20-24 ans, le recul de la pilule s'est fait avec un report sur : le DIU, qui a fortement

augmenté entre 2010 et 2013 (+3,6 points) avant de stagner et l'implant, qui a progressé entre 2013 et 2016 (+5,5 points), mais aussi le préservatif dont le pourcentage a doublé dans cette tranche d'âge, passant de 9 % en 2010 à 19 % en 2016.

La tendance est encore plus marquée dans la tranche 25 à 29 ans pour le DIU (+9,8 points) entre 2010 et 2013, quand le préservatif a augmenté de 8,6 points. « Les femmes de 25 à 29 ans utilisent désormais le DIU dans les mêmes proportions que les femmes de 30 à 34 ans en 2010 », souligne l'agence de santé.

Pour François Bourdillon, directeur général de SPF : « Aujourd'hui, on constate une plus grande diversité des moyens contraceptifs chez les 20-29 ans mais qui reste encore trop marquée par le fait d'avoir eu des enfants. (...) Ces données montrent l'importance de poursuivre nos actions visant à faire connaître la diversité contraceptive et d'aider les femmes à trouver la contraception la mieux adaptée et donc la plus efficace ».

Dr Irène Drogou

« Un bilan en demi-teinte »

● Alors que le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) vient de publier sur son site internet un texte intitulé « Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? » visant à rappeler les données scientifiques disponibles en réponse au livre à charge « J'arrête la pilule » de Sabrina Debusquat paru début septembre, le Pr Israël Nisand, président du CNGOF, estime que le bilan de Santé publique France à 4 ans de la crise des pilules est « en demi-teinte ».

Pour le gynécologue-obstétricien du CHU de Strasbourg : « Nous apprécions en tant que médecins que les femmes aient davantage recours à des contraceptions

longue durée, comme l'implant et le DIU, car ce sont des méthodes plus efficaces et cela contribue à diminuer le nombre d'IVG. En revanche, le report vers des méthodes moins efficaces et moins médicalisées, comme le préservatif, révèle une vraie inégalité entre les femmes, celles conseillées par des médecins et les autres ».

Pour la question des pilules, le Pr Nisand regrette « la désinformation » des femmes dans l'espace public, notamment sur les risques de cancers et d'accidents cardiovasculaires. « On ne peut pas se contenter en guise d'information de promouvoir la peur des hormones, estime-t-il. La femme doit pouvoir faire son choix en connaissance de cause avec la balance bénéfice/risque de la contraception hormonale. Les informations à destination des

femmes aujourd'hui sont partiales et incomplètes ».

Concernant le regret exprimé par Santé publique France de l'importance de la parité dans le choix contraceptif, le Pr Nisand exprime une position un peu divergente à propos du DIU : « Le CNGOF n'est pas opposé à l'utilisation des DIU chez les nullipares. Il recommande de laisser complètement le choix aux femmes de leur contraception. Mais chez les toutes jeunes femmes la pose d'un DIU est plus douloureuse et de surcroît augmente les dysménorrhées déjà fréquentes dans cette tranche d'âge. Nombre d'entre elles en demandent le retrait dans les premiers mois de son utilisation. La meilleure contraception est celle que la femme choisit en fonction des bénéfices additionnels qu'elle recherche, quel que soit son choix. »