

Histoire d'un réseau de soins en diabétologie

Le réseau de soins en diabétologie fait collaborer les services hospitaliers et la médecine de ville pour une prise en charge globale du patient en ambulatoire.

Avant de décrire la structuration du réseau de soins en diabétologie et ses résultats, il est nécessaire de revenir sur l'historique du Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition (Cetradimn) qui a été l'élément moteur de la mise en place de ce réseau.

Le Cetradimn est un service hospitalier de l'hôpital public de Roubaix, fonctionnant uniquement en alternative à l'hospitalisation classique (consultations externes, hospitalisations de moins de 24 heures, hospitalisations programmées à durée déterminée). Son recrutement, essentiellement local, correspond à une population d'environ 200 000 personnes. Sa vocation est triple : soins centrés sur l'éducation du patient, formation et information des soignants et du grand public. En gestation depuis 1979, il a commencé à fonctionner en février 1982 pour s'individualiser totalement à partir de 1983 suivant les modalités décrites précédemment.

À cette époque, vu l'absence totale de lits d'hospitalisation classique et le faible nombre de personnels médicaux et paramédicaux rattachés à cette unité en début de création, il nous a fallu d'emblée réfléchir à un réseau de soins en diabétologie permettant une prise en charge globale des patients en ambulatoire, en collaboration avec les différents intervenants intéressés, qu'ils soient liés à d'autres services hospitaliers ou au secteur libéral.

Une formation spécifique

C'est ainsi que nous avons imaginé la création d'un triple réseau :

- un réseau interne à notre centre, déléguant au personnel paramédical des activités d'éducation thérapeutique du patient ;
- un réseau interne à l'hôpital, permettant aux diabétiques hospitalisés pour leur diabète ou une autre pathologie en hospitalisation classique, une prise en charge adaptée avec des durées d'hospitalisation les plus courtes possibles ;
- enfin, un réseau de relais vers la ville à double entrée, d'une part en aval pour assurer le suivi des patients, notamment insulinodépendants, lors de la sortie du centre, d'autre part en amont pour le dépistage et le traite-

ment le plus précoce possible, notamment du diabète non insulinodépendant. Une permanence téléphonique permet la coordination et la cohésion de ces différents réseaux.

Cette réflexion devait rapidement conduire à la nécessité de la mise en place d'une formation spécifique à l'accueil du diabétique en milieu non spécialisé, qu'il soit hospitalier ou non. C'est ainsi qu'à partir de 1985, plus de 600 infirmières hospitalières de Roubaix ou de la région ont été formées à la prise en charge d'un diabétique dans un service non spécialisé en diabétologie, et plus de 100 infirmières libérales de l'agglomération roubaisienne ont bénéficié d'une formation spécifique au suivi, notamment pour les diabétiques insulinodépendants sortant de notre Centre et permettant de faire le relais avec celui-ci. Enfin, plus de 200 médecins généralistes ont pu être formés à la diététique et à la diabétologie pratique, ainsi qu'au dépistage précoce et au suivi du diabète non insulinodépendant.

Une formation spécifique à la prise en charge de l'obésité était réalisée parallèlement car, dans notre région, plus de 25 % de la population présente une obésité qui peut être génératrice de diabète non insulinodépendant. Nous nous attachons par ailleurs à la formation en éducation du patient des médecins, des infirmières, des diététiciennes, podologue, psychologue du centre et ce, par des experts nationaux ou internationaux.

Notre centre devenait ainsi un véritable centre ressources au sein d'un réseau de soins compétent et solidaire ayant la confiance des patients.

Des gains en terme de santé publique

L'analyse de ce fonctionnement semble être tout à fait bénéfique, tant sur le plan médical pur que médico-économique. En effet, actuellement, la population fréquentant le centre est d'environ 3 000 diabétiques dont un peu moins de 50 % sont non insulinotraités. Ce pourcentage est tout à fait déterminant, car il n'est pas habituel dans nos centres hospitaliers généraux et repose uniquement sur la sensibilisation au dépistage et au traitement précoce de ce type de pathologie, notam-

ment en instituant une diététique adaptée. À ce propos d'ailleurs, près de 15 % des patients ne bénéficient que d'une simple diététique.

Les patients nouveaux vus chaque année par notre Centre représentent environ 30 % de la clientèle. La population globale entre 1992 et 1998 de patients diabétiques ayant fréquenté notre Centre a augmenté également de plus de 30 %. Il est pourtant évident que les résultats sur l'état de santé des patients ne seront appréciables qu'à long terme.

À la suite de la formation des généralistes de l'agglomération roubaisienne et de la mise en place au niveau de notre Centre d'une stratégie éducative adaptée, nous avons pu noter entre 1992 et 1994, pour le diagnostic de diabète considéré comme diagnostic principal par les différents services de médecine ou de chirurgie hors pédiatrie du centre hospitalier de Roubaix, que le nombre de patients était passé de 255 à 175 pour les admissions en hospitalisation classique, soit moins 31 %, et le nombre de journées avait lui aussi diminué, passant de 2 085 à 1 489, soit -28,6 %. Enfin, si nous analysons le nombre de patients admis pour complications aiguës depuis de nombreuses années aux urgences du Centre Hospitalier de Roubaix, il est très peu important, variant de 4 à 6 patients admis pour coma acido-cétosique. En ce qui concerne le coma hypoglycémique, les admissions de plus de 24 heures oscillent entre 0 et 5.

On peut donc penser qu'un tel réseau de soins structuré autour d'un centre-ressources tel que le Cetradimn permet, par la formation de ses acteurs, une prise en charge plus précoce de la maladie diabétique, tout en générant des économies de santé par la diminution des hospitalisations classiques, mais peut également, comme nous essaierons de le prouver par la suite, entraîner la diminution des complications au long cours et des coûts indirects.

Nous envisageons actuellement d'étendre ce concept à partir du modèle du diabète en réfléchissant à la création d'un centre-ressources pour l'information, le dépistage et l'éducation thérapeutique des maladies chroniques.

Jean-Louis Grenier

Médecin chef,
Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition, Roubaix