



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2013**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Epidémiologie de l'Hôpital de Jour diabétologique de Saint Philibert à Lomme.**  
**Etude menée auprès de 174 patients.**

**Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2013 à 14heures**  
**Au Pôle Recherche**

**Par Claire Chartiez**

**Jury**

**Président : Madame le Professeur Anne LIBBRECHT-VAMBERGUE**

**Assesseurs : Madame le Professeur Marie-Christine VANTYGHM**

**Monsieur le Docteur Jean-Louis EDME**

**Monsieur le Docteur François DELECOURT**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Julien PELZER**

## SOMMAIRE

---

ACRONYMES	p.9
1.INTRODUCTION	p.10
2.METHODOLOGIE	p.12
3.RESULATS	p.14
3.1. La population étudiée	p.15
3.2. La stratégie thérapeutique à l'entrée	p.17
3.3. La durée d'évolution du diabète	p.18
3.4. Le médecin traitant et l'origine géographique	p.19
3.5. Le type de contact	p.22
3.6. Le délai de convocation	p.23
3.7. La première venue à l'hôpital de jour	p.25
3.8. La personne qui adresse le patient	p.26
3.9. Le motif de venue	p.29
3.10. Les examens complémentaires	p.33
3.11. Le délai de rédaction de la lettre de sortie	p.37
4. DISCUSSION	p.38
4.1. Historique	p.38
4.1.1. Le diabète	p.38
4.1.2. La prise en charge du diabète	p.39
4.1.3. L'hôpital de jour	p.41
4.1.4. L'hôpital de jour de Saint Philibert-Lomme	p.44
4.2. Principaux résultats	p.44
4.2.1. Population étudiée	p.44
4.2.2. Origine géographique	p.47
4.2.3. Prise de contact avec l'hôpital de jour de Saint Philibert	p.48
4.2.4. L'hôpital de jour Saint Philibert	p.51
4.3. Biais	p.54
4.3.1. Biais de puissance	p.54
4.3.2. Biais de compréhension	p.55
4.3.3. Questionnaire anonymisé	p.55
4.4. Perspectives	p.55
5. CONCLUSION	p.58
6. BIBLIOGRAPHIE	p.60
7. ANNEXES	p.65

## ACRONYMES

---

ADO : AntiDiabétiques Oraux.

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

DES : Diplôme d'Etude Spécialisées.

EDAMI : Echo-Doppler Artériel des Membres Inférieurs.

ECG : Electro-Cardio-Gramme.

EDTSA : Echo-Doppler des Troncs Supra-Aortiques.

ETT : Echographie Trans-Thoracique.

FMC : Formation Médicale Continue.

FO : Fond d'œil.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HbA1c : Hémoglobine glyquée.

HDJ : Hôpital De Jour.

HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée.

GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques.

## 1. INTRODUCTION

---

Le diabète est une maladie fréquente, chronique, insidieuse. En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé estimait à 171 millions le nombre de personnes souffrant de diabète I et II [1] à travers le monde et à 347 millions en 2013 [2].

Le diabète de type II est une pathologie métabolique poly viscérale qui connaît une évolution lente. Ses complications sont coûteuses pour les patients, leurs familles et le système de santé du pays. Cependant ces dépenses ne sont pas inéluctables si un équilibre glycémique précoce est atteint [3]. Par ses complications, elle fait intervenir la quasi-totalité des spécialités en médecine et chirurgie ainsi que de nombreux acteurs paramédicaux.

Dès les années 1980, apparaît une véritable politique de prévention des complications du diabète, basée sur l'accompagnement du patient et l'éducation thérapeutique. Cette dernière est proposée par une équipe éducative spécialisée et organisée. Elle peut se situer à l'hôpital, dans les réseaux ou dans les maisons du diabète [3].

A cette même période naît une nouvelle structure : l'hôpital de jour. C'est une mesure alternative à l'hospitalisation conventionnelle, permettant une diminution de la durée de séjour ainsi qu'une rapidité diagnostique, qui est particulièrement bien adaptée à la prise en charge du diabète.

Celui de l'hôpital Saint Philibert à Lomme a ouvert le 10 janvier 1978. Il est alors la seule structure pluridisciplinaire indépendante d'un service clinique, mais rattaché à cette époque au service d'explorations fonctionnelles. Le nombre d'entrées concernant la pathologie nutritionnelle et endocrinienne étant en constante augmentation et en l'absence de service de

diabétologie conventionnel au sein de l'hôpital, il prend dès 1983 une orientation diabétologique [4].

Nous connaissons aujourd'hui la fréquentation des patients diabétiques de type II en terme de nombre d'entrées à l'hôpital de jour de Saint Philibert. L'objectif principal de notre travail est de décrire plus précisément qui est ce patient diabétique, dans quelles conditions il est adressé et dans quel but.

L'objectif secondaire est de savoir si les examens réalisés lors d'une journée sont en accord avec la prise en charge du diabète.

## 2. METHODOLOGIE

---

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive non-interventionnelle par hétéro-questionnaire auprès d'une population de patients diabétiques de type II.

Il n'y a pas eu de critère d'inclusion et nous avons interrogé la totalité des patients diabétiques de type II hospitalisés dans le service de l'hôpital de jour de Saint Philibert à Lomme entre le 24 septembre et le 11 décembre 2012 inclus.

Le questionnaire a été testé auparavant auprès de 21 patients dans le service (Cf. Annexe 1). Après modifications, il est constitué de 3 parties (Cf. Annexe 2) :

- 1 partie administrative, constituée de l'étiquette d'identité du patient (anonymisée, mais y indiquant l'âge, le sexe et la date d'hospitalisation), du nom du médecin traitant et de sa localité, ainsi que le contact ayant adressé le patient
- 1 partie médicale sur la pathologie diabétique du patient (date de découverte, traitements en cours et motif de l'hospitalisation)
- 1 partie concernant les examens complémentaires (prévus, réalisés et programmés en externe)

Le questionnaire était rempli par les médecins, les internes ou les externes du service.

Analyse statistique :

Les données ont été saisies sur un tableur Excel. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Les résultats de l'analyse statistique ont été présentés classiquement :

- pour les valeurs quantitatives par les moyennes plus ou moins un écart type ou par les médianes avec espaces inter-quartil ;
- pour les valeurs qualitatives par les effectifs et les pourcentages.

L'analyse comparative des critères a été faite avec un seuil de significativité de 5% par le test de Chi<sup>2</sup> de Pearson pour les variables qualitatives, le test non paramétrique de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis et Wilcoxon et le test de la médiane pour les variables semi-quantitatives ou quantitatives non gaussiennes.

### 3. RESULTATS

---

Lors de notre recueil, 856 patients consultaient l'hôpital de jour de Saint Philibert dont 176 patients atteints de diabète de type II pour son orientation diabétologique.

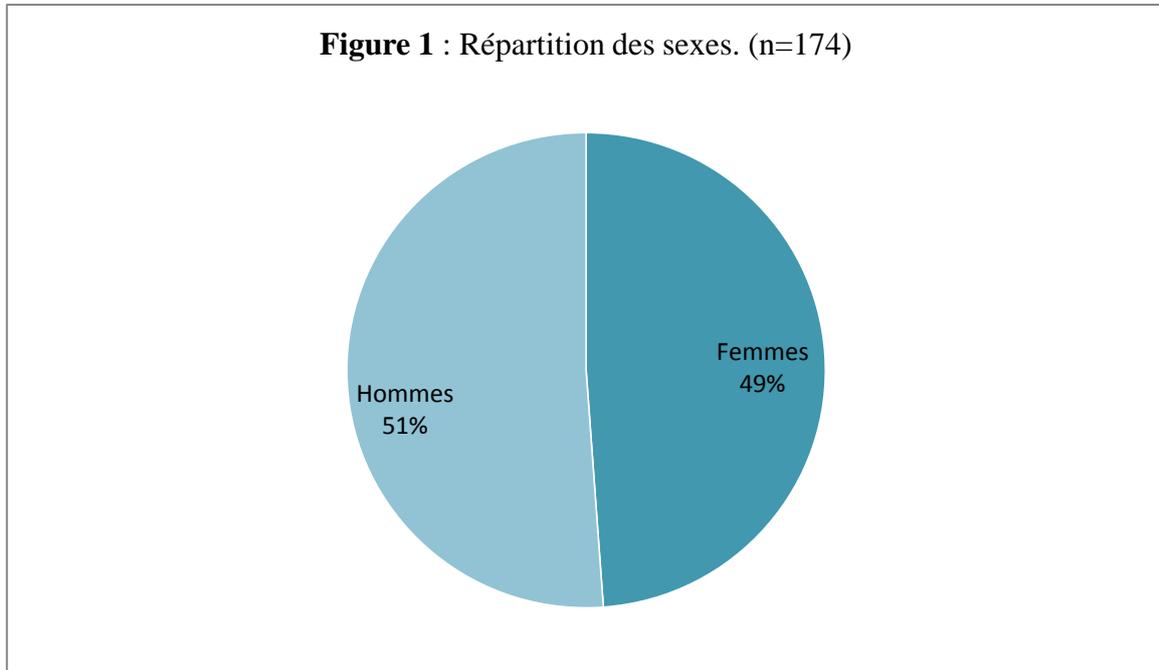
Deux dossiers n'ont pu être exploités pour défaut d'étiquetage.

Notre travail s'est donc porté sur l'analyse de 174 patients.

### 3.1. LA POPULATION ETUDIEE.

#### 3.1.1. La répartition selon le sexe.

Il n'y a pas de différence statistique significative entre les hommes et les femmes ( $p = 0.76$ ).

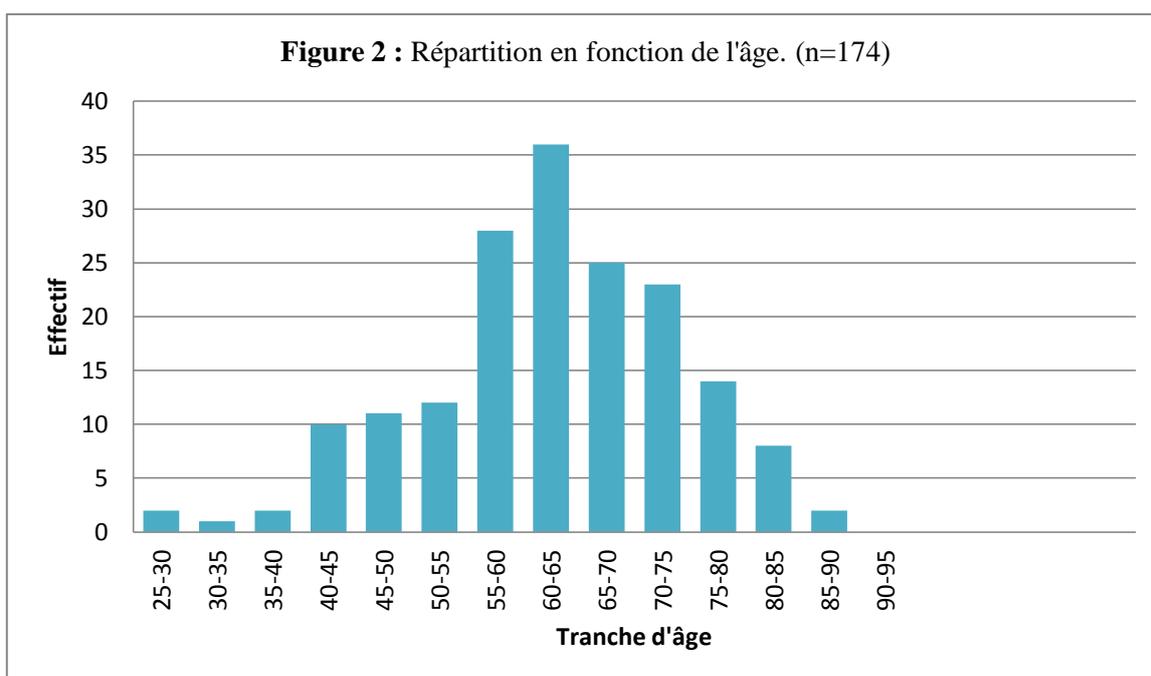


### 3.1.2. La répartition selon l'âge.

L'âge a été recueilli directement puis réparti par tranches de 5 ans distribuées de 25 à 95ans.

La moyenne d'âge est de 63 ans (61.22 - 64.71) et la médiane à 63[56 - 71].

La majorité des patients atteints de diabète de type II de notre étude sont âgés entre 40 et 85 ans.



### 3.2. LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE A L'ENTREE.

Lors de l'entrée à l'hôpital de jour, 14 patients ne bénéficient d'aucun traitement.

145 patients sont sous antidiabétiques oraux dont :

- 63 sont traités par monothérapie,
- 61 par association de deux antidiabétiques oraux,
- 19 sous trithérapie
- 2 par plus de trois antidiabétiques oraux.

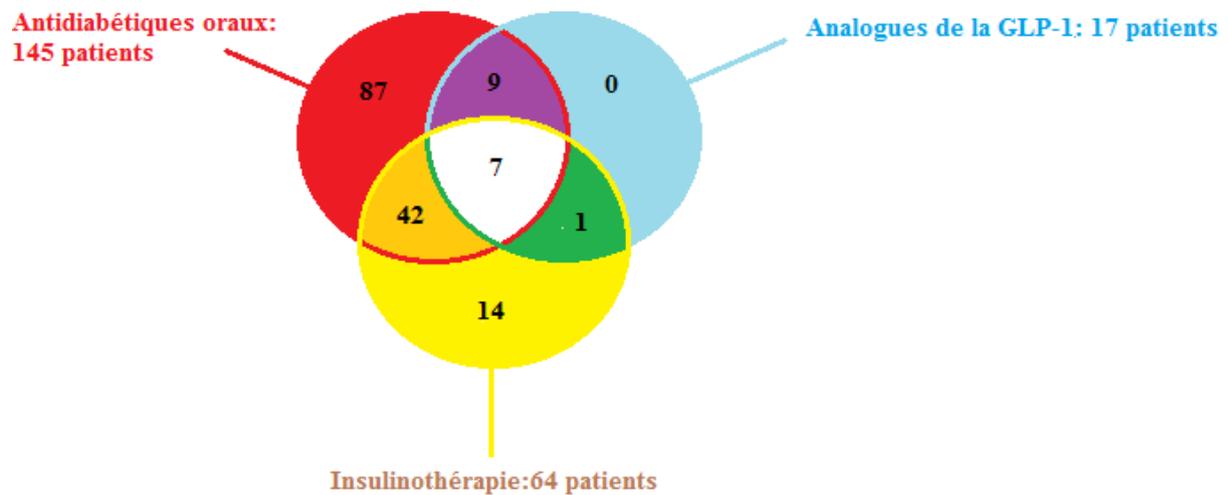
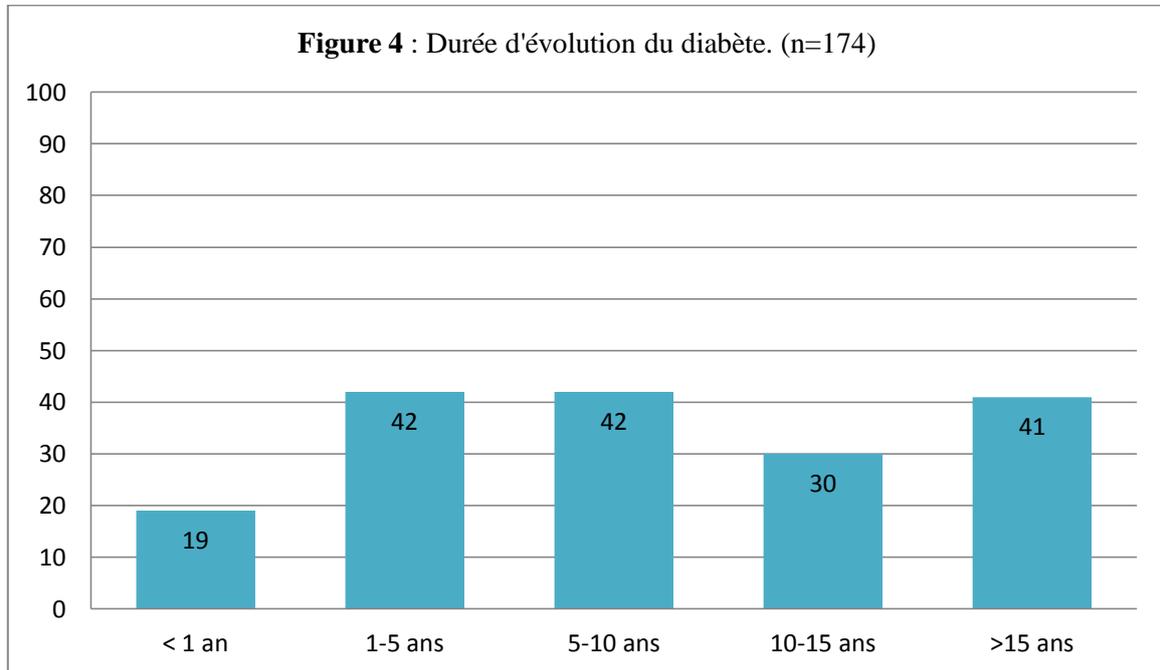


Figure 3 : Répartition des traitements. (n=174)

### 3.3. LA DUREE D'EVOLUTION DU DIABETE.

La durée médiane d'évolution de la maladie diabétique au moment de la venue des patients à l'hôpital de jour est de 9 ans [3 - 15].



### ***3.4. LE MEDECIN TRAITANT ET L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE.***

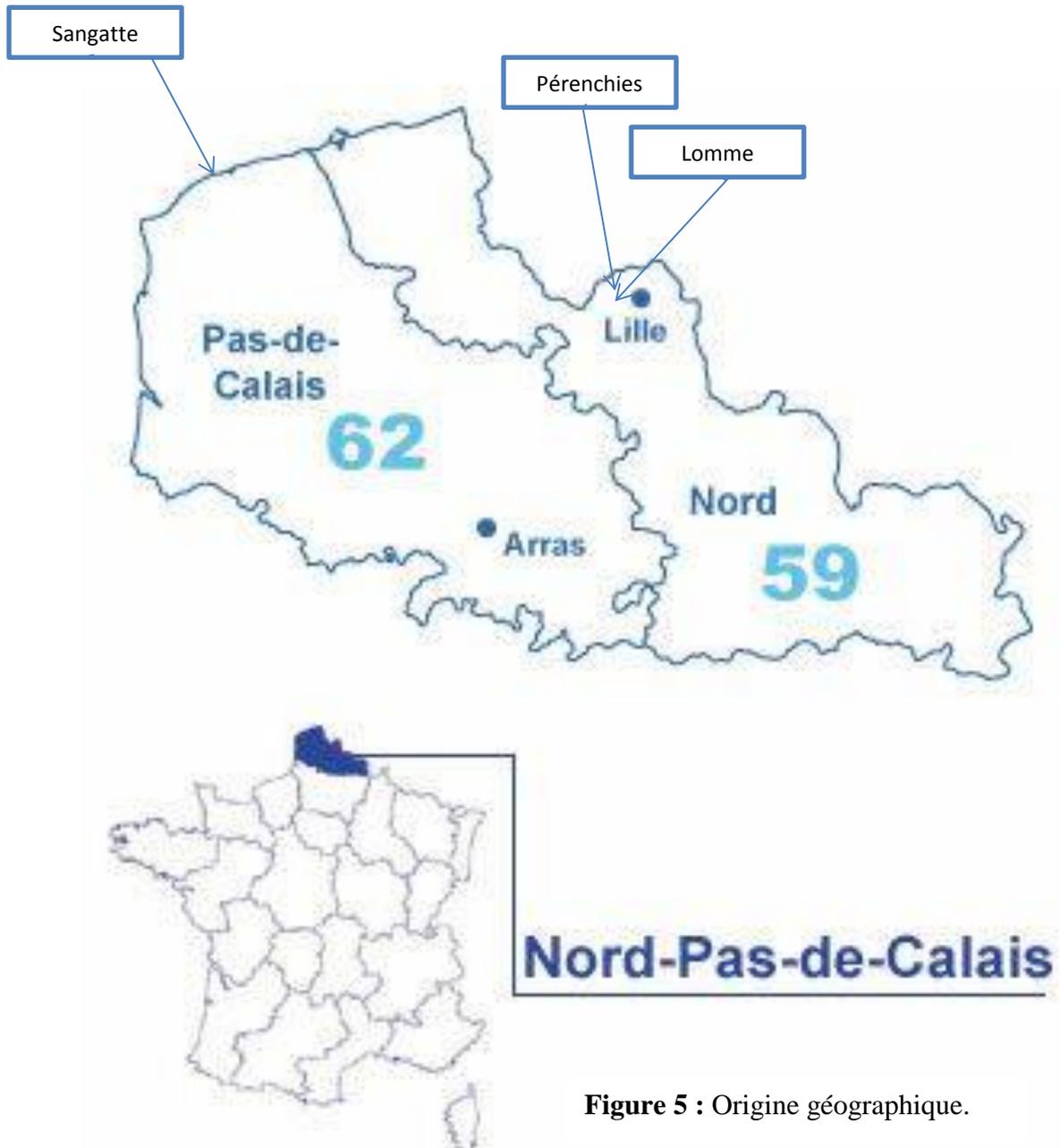
#### ***3.4.1. Le médecin traitant.***

Les 174 patients sont suivis par 140 médecins généralistes différents :

- 6 par le Dr V. (Pérenchies),
- 5 par les Dr A. (Pérenchies) et W. (Lomme),
- 4 par le Dr L. (Lomme),
- 3 par les Dr D. (Hénin-Beaumont), P. (Méricourt) et S. (Lambersart).

### 3.4.2. L'origine géographique.

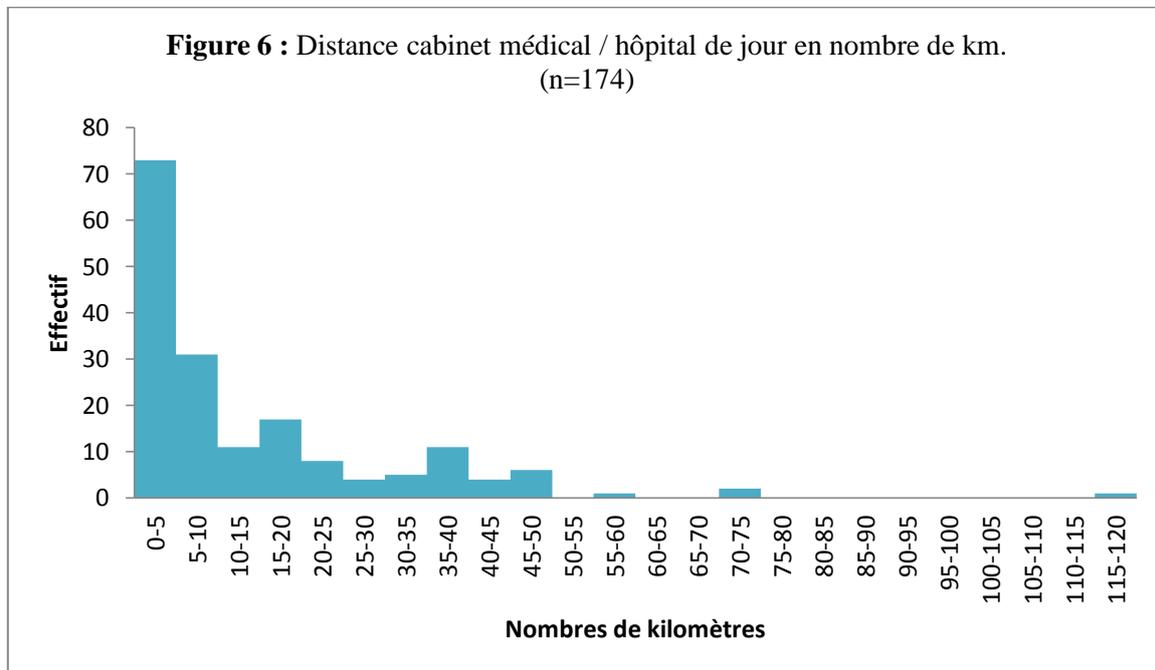
40 patients sont suivis chez un médecin généraliste exerçant à Lille. Viennent ensuite Lomme (19 patients), Pérenchies (14 patients), Lambersart (7 patients).



**Figure 5 :** Origine géographique.

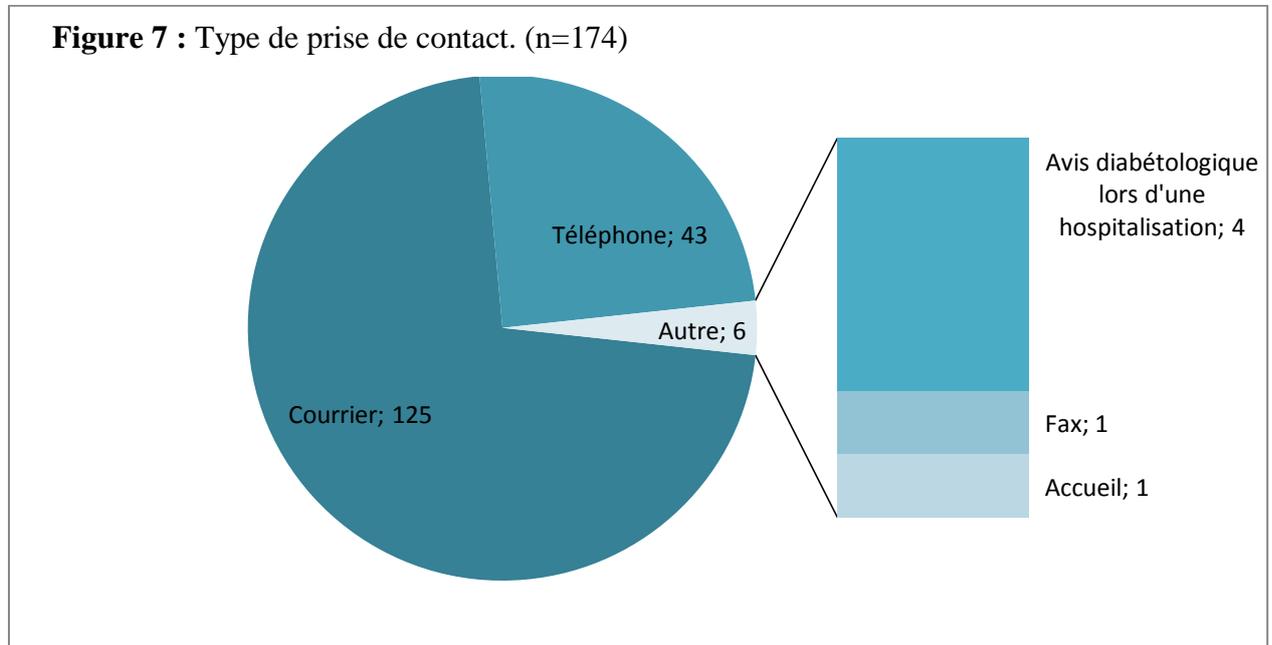
### 3.4.3. La distance entre le cabinet médical et l'hôpital de jour.

La distance médiane entre l'hôpital de jour et le cabinet du médecin généraliste est de 5.5 Km [4.9 - 17]. Le cabinet le plus éloigné est situé à Sangatte (116 km).



### 3.5. LE TYPE DE CONTACT.

La prise de contact se fait majoritairement par courrier et par téléphone.



### **3.6. LE DELAI DE CONVOCATION.**

#### 3.6.1. Le délai de convocation.

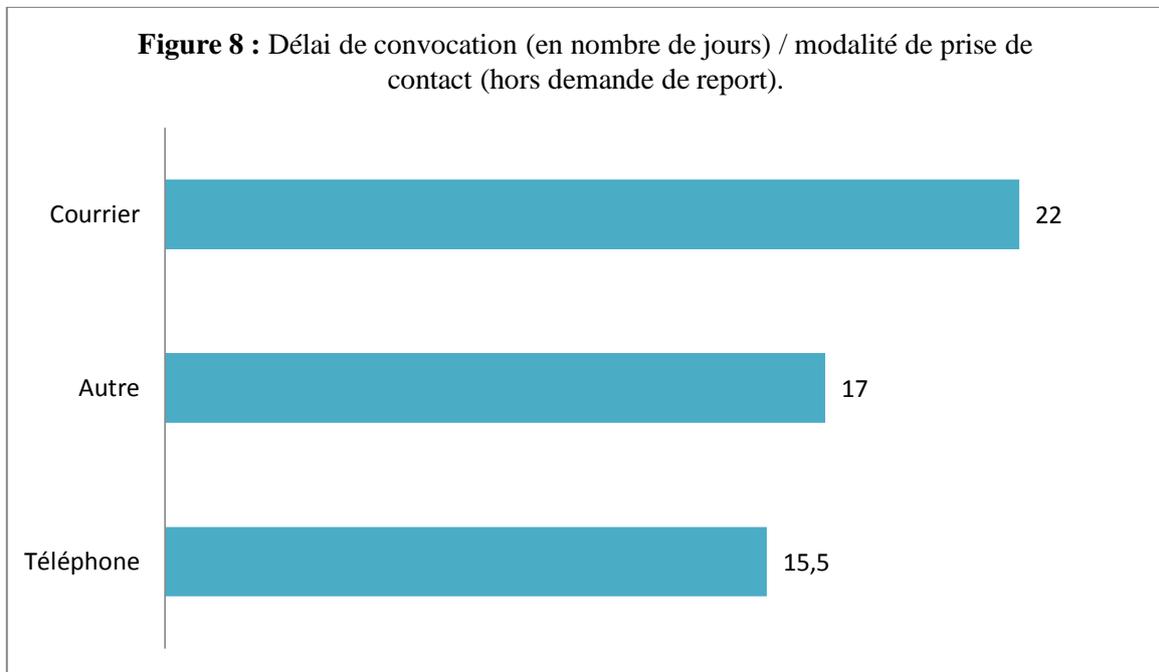
Le délai de convocation médian est de 24.5 jours [13 - 45.75].

27 dossiers ont fait l'objet d'une demande de report. On peut constater que le délai de convocation est statistiquement plus long ( $p < 0.001$ ) dans ce cas puisque :

- Le délai de convocation si on exclut les demandes de report est de 21 jours [12 - 29],
- Le délai de convocation est de 112 jours [82 - 175] pour les personnes ayant exprimé cette requête.

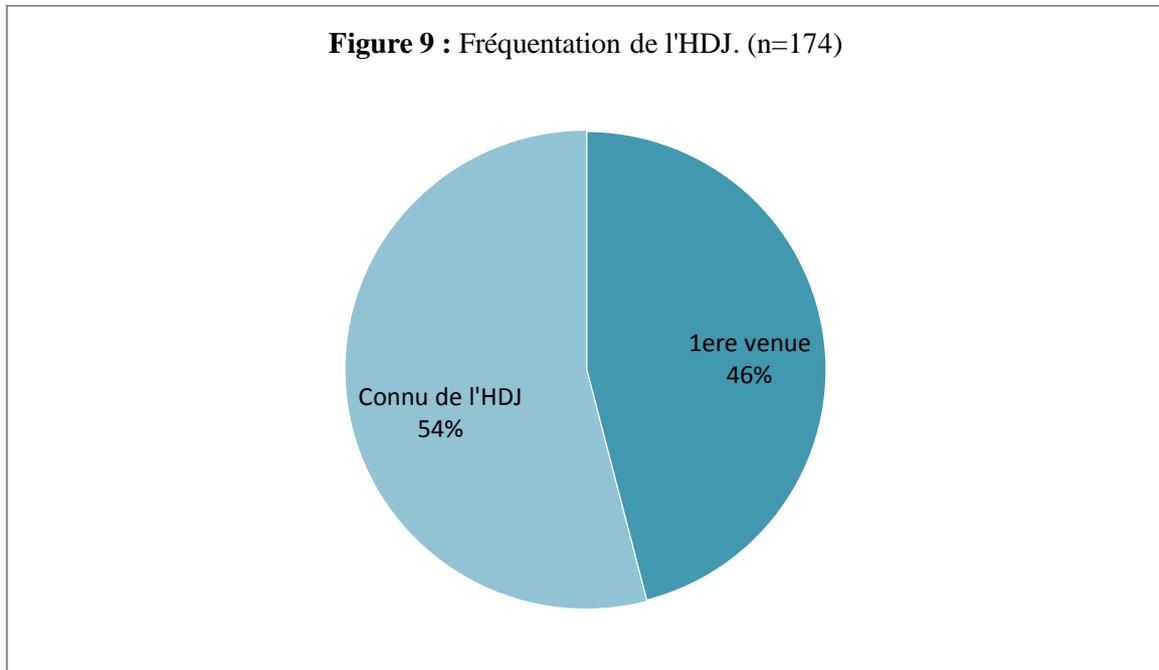
### 3.6.2. Le délai de convocation en fonction du type de contact.

Si on exclut les patients qui ont demandé à reporter l'hospitalisation de jour ; la modalité de prise de contact n'influence pas sur le délai de convocation ( $p=0.053$ ).



### 3.7. LA PREMIERE VENUE A L'HÔPITAL DE JOUR.

80 patients consultent pour la première fois l'hôpital de jour.

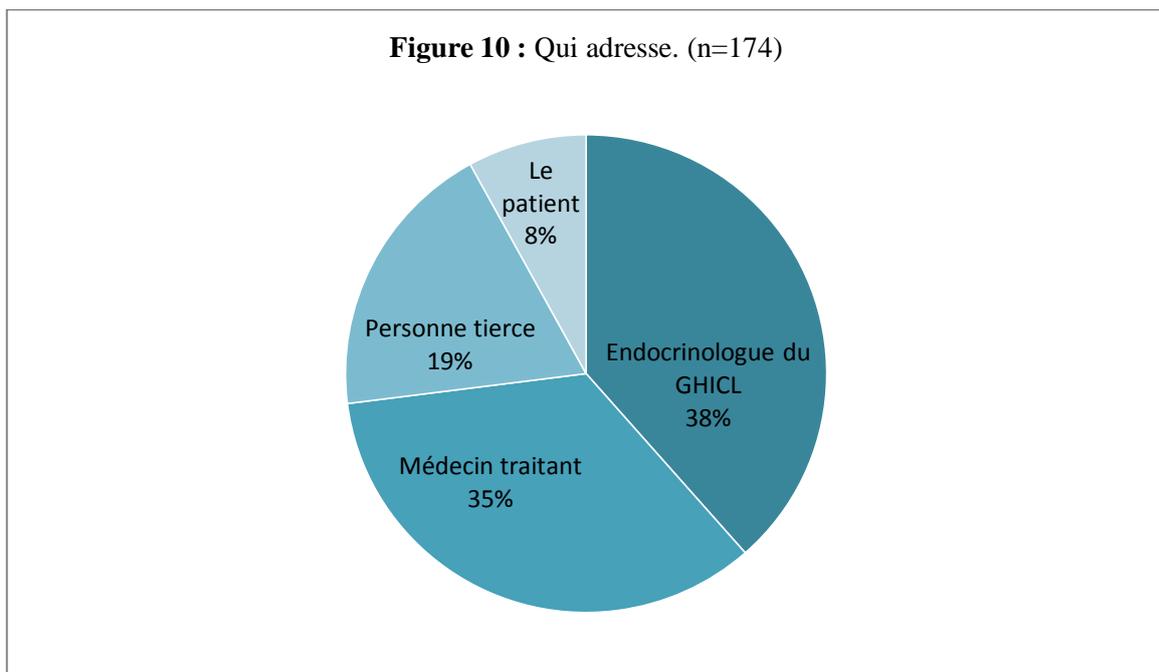


### 3.8. LA PERSONNE QUI ADRESSE LE PATIENT.

#### 3.8.1. La personne qui adresse.

Dans la majorité des cas c'est un endocrinologue du GHICL qui adresse les patients (38%), suivi des médecins généralistes (35%).

Les personnes tierces sont représentées par 7 médecins de spécialité cardio-vasculaires, 23 de spécialité médicale et 2 membres de la famille.

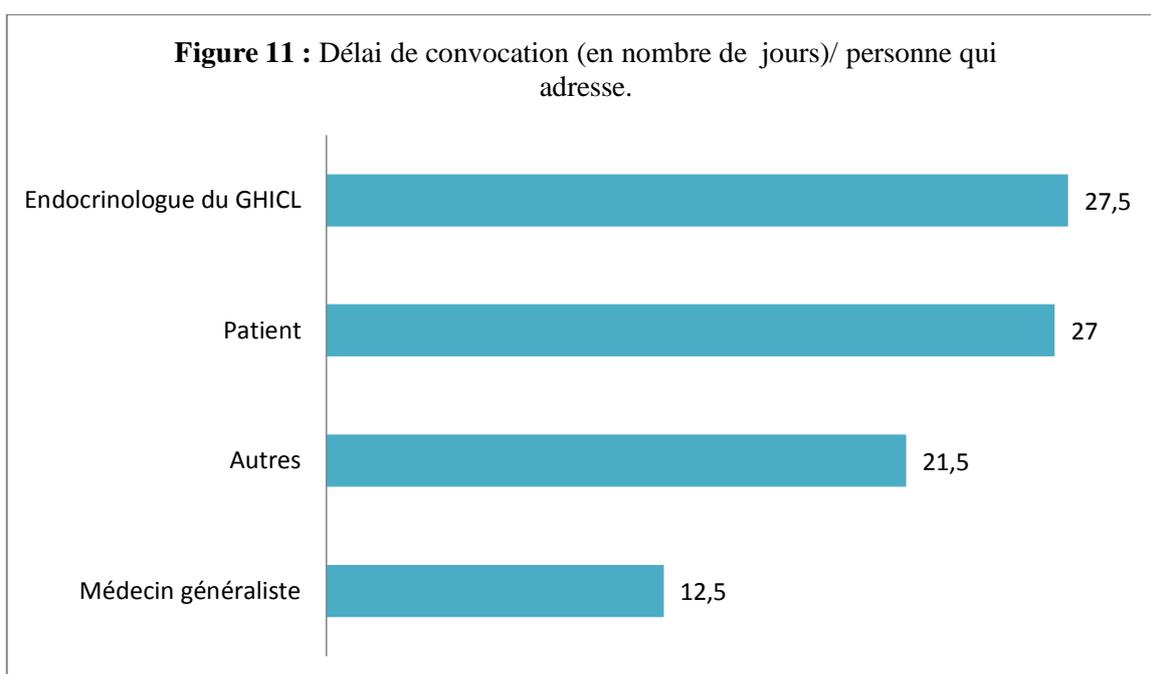


### 3.8.2. Le délai de convocation en fonction de la personne qui adresse.

Il existe une différence significative de délai de convocation à l'hôpital de jour en fonction de la personne qui prend contact ( $p < 0.001$ ).

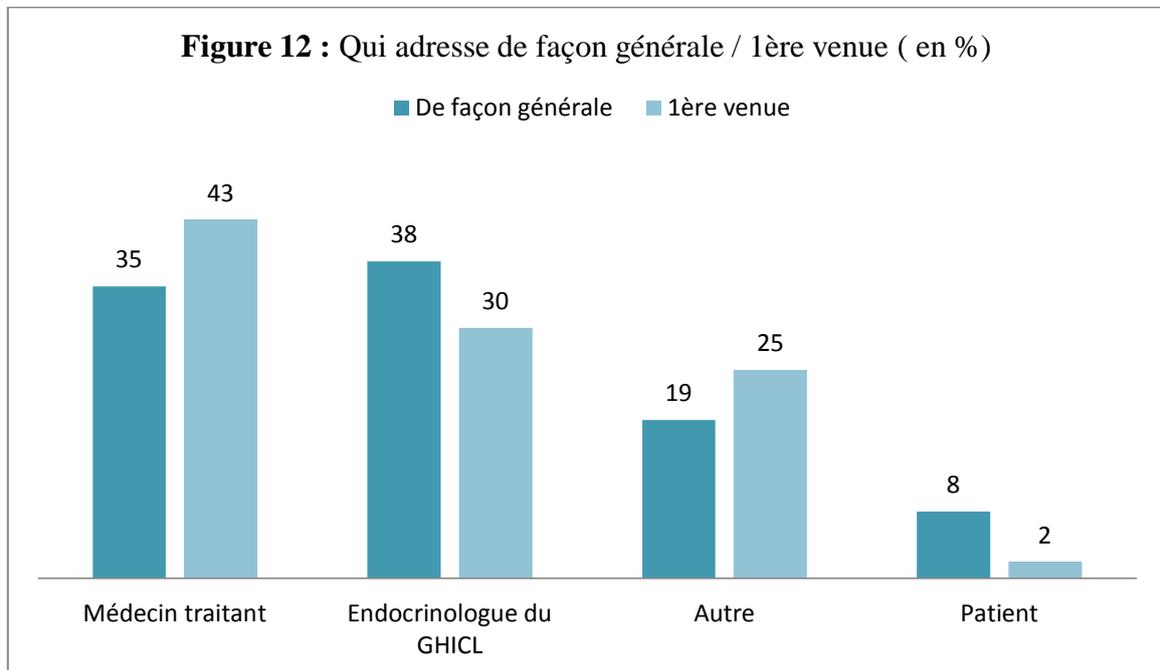
Ainsi le délai de convocation est plus rapide si c'est le médecin traitant qui fait la demande de l'hôpital de jour : 12.5 jours [7- 20].

A l'inverse le délai le plus long est celui des endocrinologues du GHICL : 27.5 jours [21- 39].



### 3.8.3. La personne qui adresse selon la première venue.

Le médecin qui adresse est statistiquement différent ( $p=0.003$ ) selon que le patient consulte pour la première fois ou pas.



### 3.9. LE MOTIF DE VENUE.

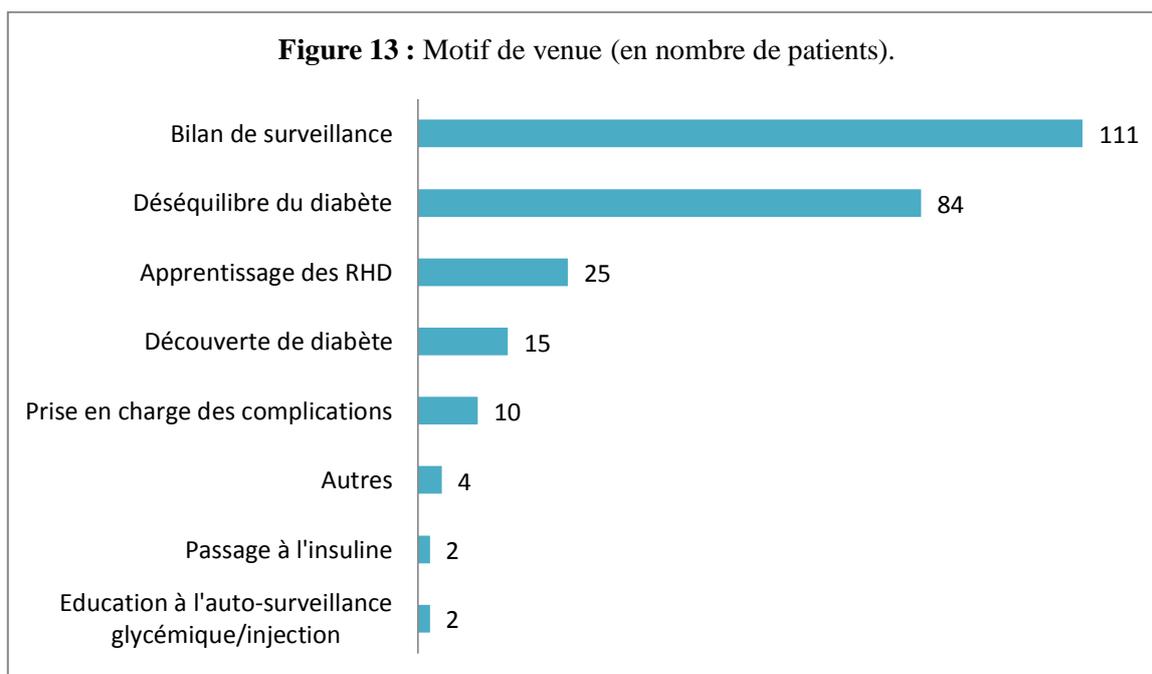
#### 3.9.1. Le motif de venue.

Les principales raisons d'hospitalisation de jour sont :

- Le bilan de surveillance (43.9%),
- Le déséquilibre du diabète (33.2%),
- L'apprentissage des règles hygiéno-diététiques (9.9%).

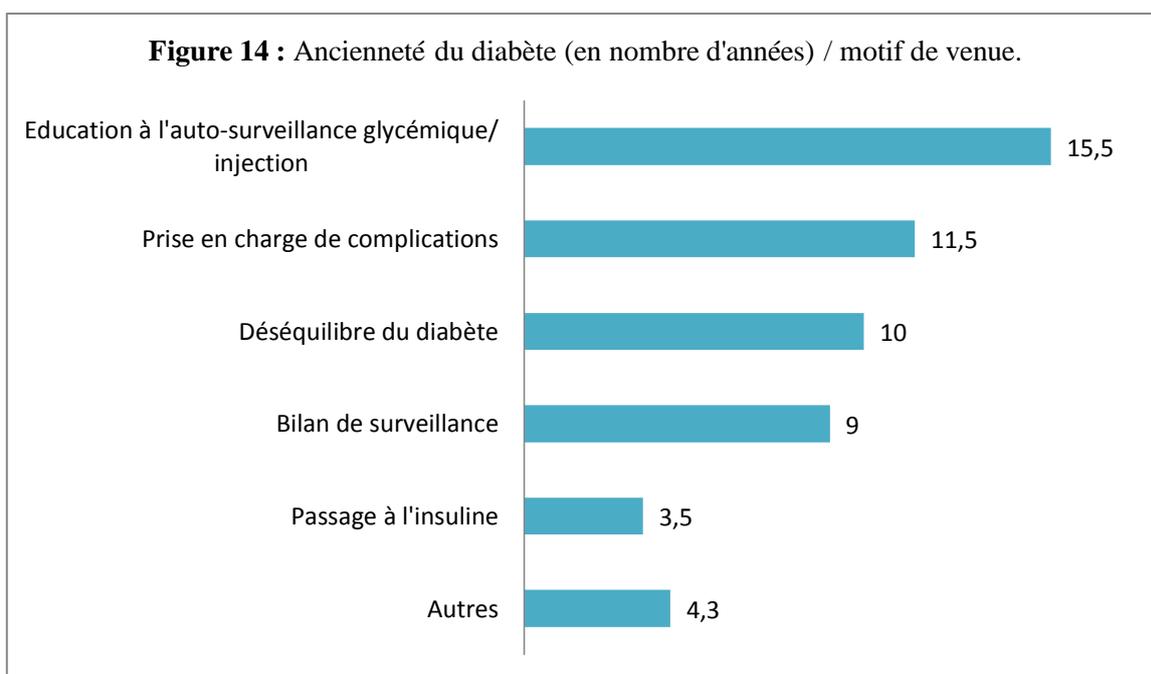
10 patients sont venus pour une prise en charge de complications telles que le mal perforant plantaire (2 patients), les hypoglycémies, l'insuffisance rénale, ...

4 patients ont été hospitalisés pour bilan surrénalien, prise en charge chirurgicale de l'obésité, avis dermatologique ou doute sur le diagnostic de diabète.



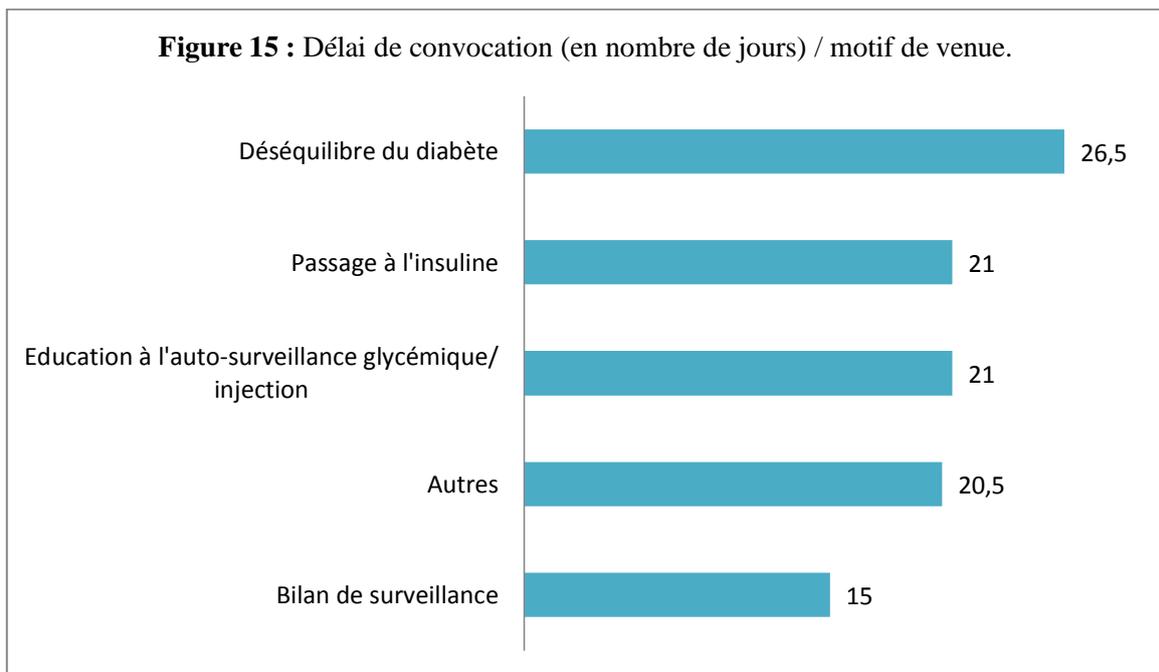
### 3.9.2. Le motif de venue en fonction de la durée d'évolution du diabète.

Les 2 motifs de venue pour lesquels la durée d'évolution du diabète est la plus ancienne sont **l'éducation à l'auto-surveillance glycémique/injections** et **la prise en charge complications**.



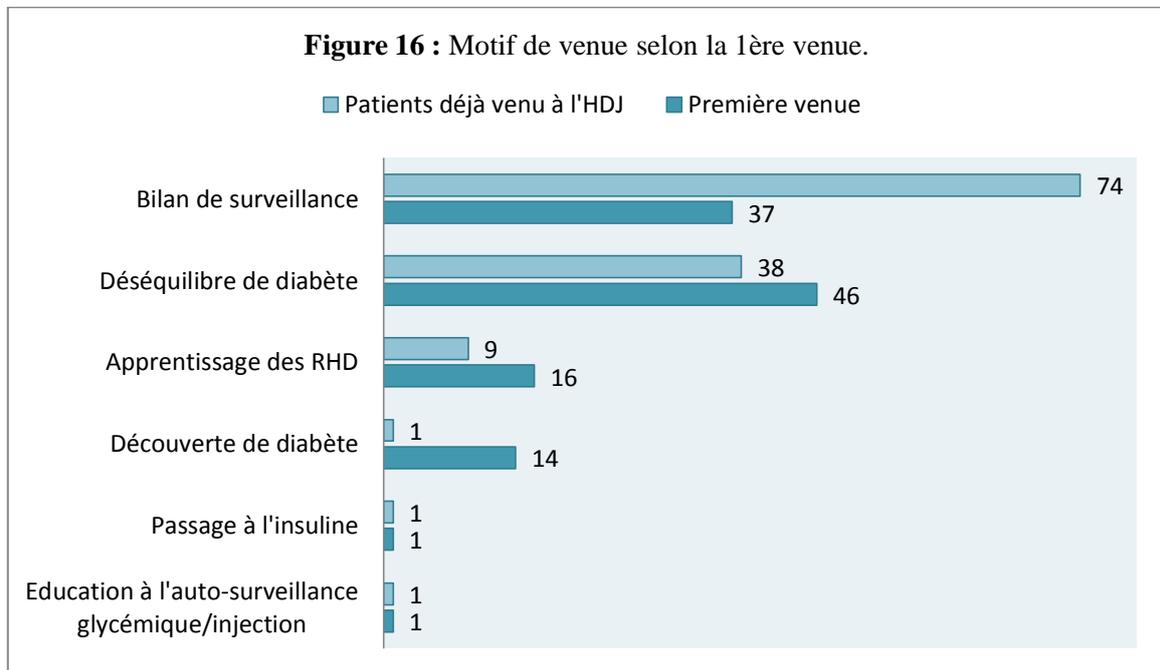
### 3.9.3. Le délai de convocation en fonction du motif de venue.

Le délai de convocation est plus court lorsque le patient consulte l'hôpital de jour pour un **bilan de surveillance.**



### 3.9.4. Le motif de venue en fonction de la première venue.

La majorité des patients qui consultent pour la première fois l'hôpital de jour sont adressés pour un **déséquilibre de diabète** puis pour un **bilan de surveillance**.



### **3.10. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.**

#### 3.10.1. Les examens réalisés.

Sur les 519 consultations qui ont été réalisées:

- 174 sont avec la diététicienne,
- 164 avec le médecin endocrinologue,
- 151 avec l'Infirmière Diplômée d'Etat,
- et 30 avec le podologue.

174 actes de biologie ont été rapportés.

231 examens à visée cardio-vasculaires ont été effectués :

- 174 électrocardiogrammes,
- 21 écho-doppler des troncs supra-aortiques,
- 20 écho-doppler artériels des membres inférieurs,
- 15 échographies cardiaques,
- 1 épreuve d'effort.

172 rétino-graphies ont pu être réalisées.

### 3.10.2. Les examens programmés.

19 examens ont été effectués alors qu'ils n'avaient pas été programmés:

- 1 ECG,
- 16 consultations podologiques,
- 1 échographie cardiaque
- et une échographie abdominale.

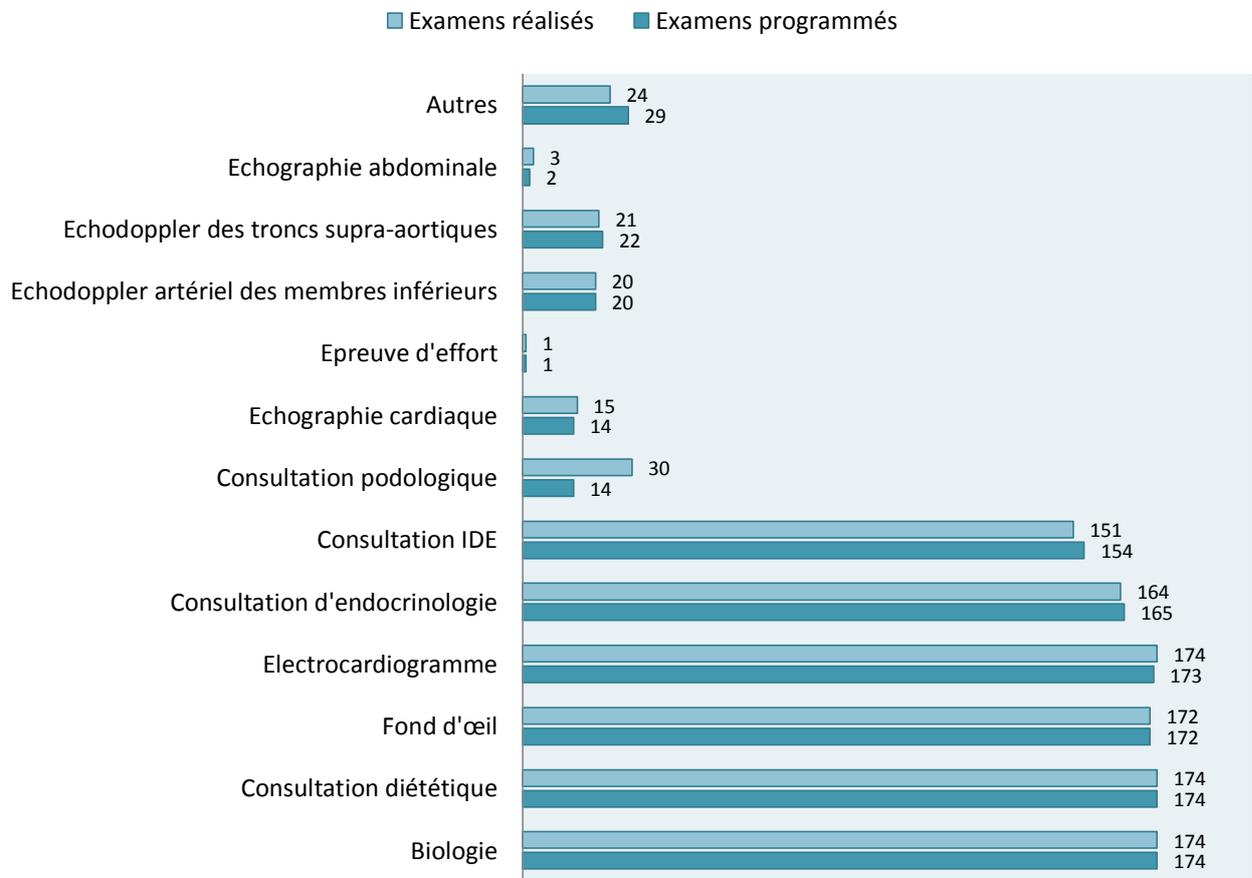
D'autres examens moins fréquents peuvent être demandés :

- Avis spécialisé : 3 avis cardiologiques, 4 avis néphrologiques, 1 avis psychologique, 2 avis rhumatologiques, 1 avis gastroentérologique, 1 avis dermatologique et 1 avis chirurgical.
- Examens radiologiques : 8 échographies thyroïdiennes, 3 échographies rénales, 1 écho-doppler des artères rénales, 1 scanner du pied et 3 scanners abdominaux.
- 1 Holter ECG.

Certains examens n'ont pu être pratiqués:

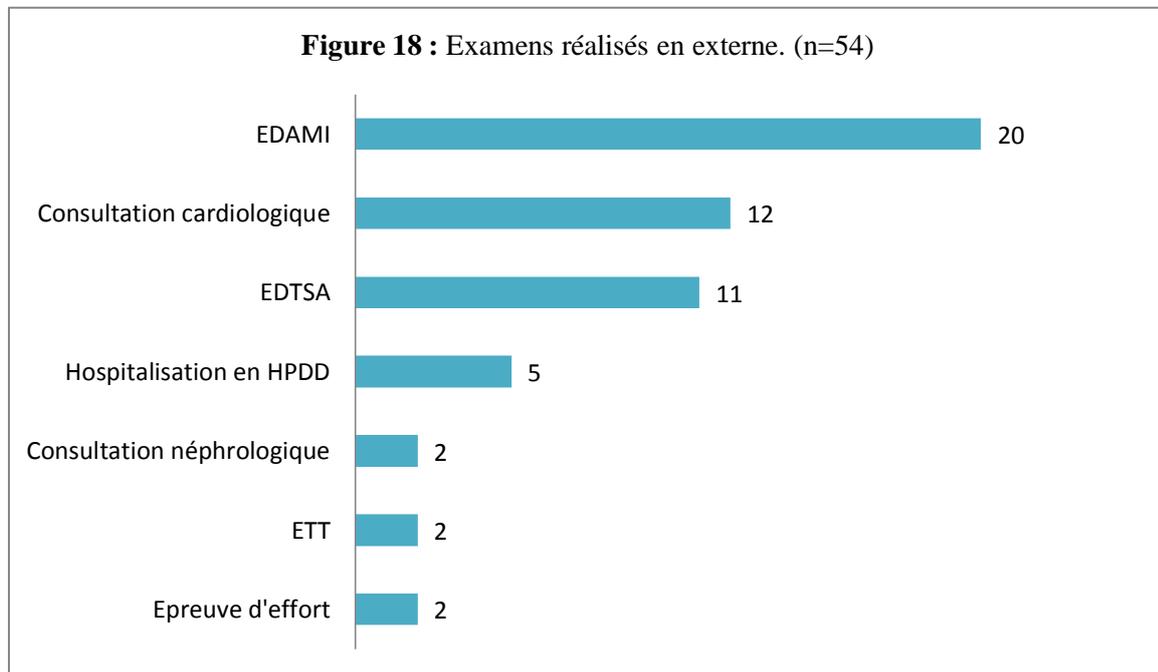
- 1 consultation avec l'endocrinologue,
- 3 consultations avec l'infirmière,
- 1 écho-doppler des troncs supra-aortiques,
- et 5 autres examens sur 29 (1 avis rhumatologique, 1 avis néphrologique et 1 consultation psychologique, 1 scanner abdominal et 1 échographie thyroïdienne).

**Figure 17 : Examens pratiqués/Examens programmés.**



### 3.10.3. En externe.

54 examens ont été demandés après l'hospitalisation de jour :



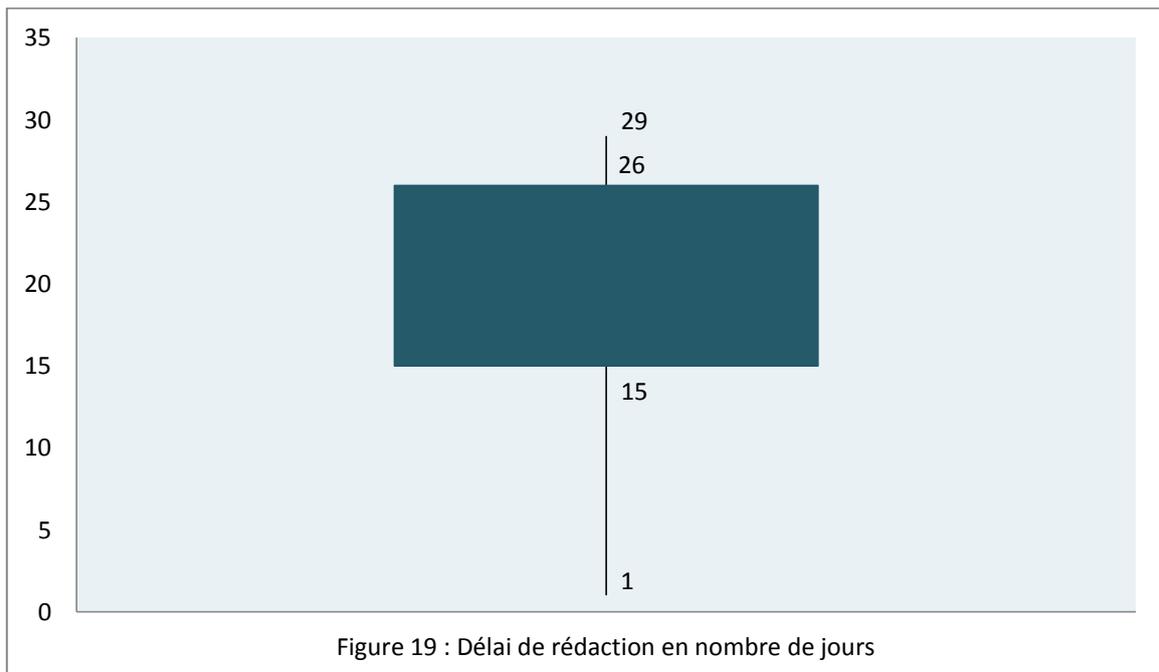
Le dé-sucrage et l'évolution vers un diabète insulino-requérant impliquent l'hospitalisation de 5 patients.

L'absence de pouls des membres inférieurs (13 patients) lors de l'examen clinique d'entrée à l'hôpital de jour, le bilan annuel (15 patients) et le dépistage d'une cardiopathie sont les principales explications aux demandes d'examens en externe.

### ***3.11. LE DELAI DE REDACTION DE LA LETTRE DE SORTIE.***

Chaque patient sort de son hospitalisation avec un courrier manuscrit, provisoire à remettre à son médecin traitant.

Le délai médian de rédaction de la lettre de sortie est de 22 jours [15 - 26].



## 4. DISCUSSION

---

### 4.1. *Historique :*

#### 4.1.1. Le diabète.

Le diabète est défini par une hyperglycémie chronique, soit une glycémie supérieure à 2g/L à n'importe quel moment de la journée, soit une glycémie à jeun supérieure à 1.26g/L à deux reprises.

Le diabète de type II résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Il est largement influencé par l'environnement (sédentarité, surcharge pondérale, vieillissement de la population) et représente environ 90% des diabètes [2].

C'est une maladie fréquente, chronique, insidieuse et le nombre croissant de patients atteints de diabète nous amène à le qualifier d'épidémie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait à 171 millions le nombre de personnes souffrant de diabète (type I et II confondus) à travers le monde en 2003 [1] et 347 millions en mars 2013 [2].

En 2008 lors de l'étude DIABASIS, plus de 80% des patients diabétiques de type II déclaraient que le diagnostic était posé par leur médecin généraliste. Ce dernier assure le suivi pour 93% des diabétiques, ce qui en fait le principal acteur médical. Seuls 29% d'entre eux consultent une endocrinologue, 35% un cardiologue et 41% un ophtalmologue [5].

Il connaît une évolution lente et ses complications sont coûteuses pour les patients, leurs familles, le système de santé et le pays. Cependant ces dépenses ne sont pas inéluctables si un équilibre glycémique précoce est atteint [3].

Cet équilibre a été nouvellement revu dans les recommandations de bonne pratique en janvier 2013 : il est défini par un taux d'HbA1c inférieur ou égal à 7% pour la majorité des diabétiques de type II [6].

#### 4.1.2. La prise en charge du diabète.

Le diabète est une pathologie métabolique poly-viscérale. Sa prise en charge est complexe car celui-ci augmente le risque de morbi-mortalité. Le risque général de décès chez les diabétiques est au minimum deux fois plus important que chez une personne en bonne santé [2].

Le diabète étant une maladie chronique, il est primordial d'installer rapidement une relation de confiance entre le corps médical et le patient. Plus ce partenariat est important, plus la participation active du patient vise à vis de la prise en charge de son diabète nous permet la réussite de celle-ci [7].

Par ses complications, le diabète fait intervenir la quasi-totalité des spécialités en médecine et chirurgie ainsi que de nombreux professionnels paramédicaux. Elle requiert d'une surveillance accrue faisant intervenir de nombreux acteurs :

- Médecin généraliste.
- Endocrinologue.
- Cardiologue : maladies cardio-vasculaires.
- Ophtalmologue : rétinopathies.
- Podologue-pédicure : mal perforant plantaire.
- Neurologues : neuropathies.
- Etc...

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'éviter la survenue de complications du diabète sont les suivantes [8]:

- Consultation chez le médecin traitant et/ou diabétologue : 1 fois tous les trois mois.
- Dosages d'HbA1c : 4 fois par an.
- Consultation chez l'ophtalmologue: 1 fois par an.
- Bilan dentaire : 1 fois par an.
- Bilan biologique rénal (créatininémie et protéinurie) : 1 fois par an.
- Electrocardiogramme : 1 fois par an.
- Bilan lipidique (cholestérol total, LDL-cholestérol, HDL-cholestérol et triglycérides) : 1 fois par an.

Dès les années 1980, apparaît une véritable politique de prévention des complications, basée sur l'accompagnement du patient et l'éducation thérapeutique. Cette dernière est proposée par une équipe spécialisée et organisée. Elle peut se situer à l'hôpital, dans les réseaux ou dans les maisons du diabète. L'éducation thérapeutique est considérée comme une amélioration de la prise en charge du diabète [3] ; [9].

A cette même période naît une nouvelle structure : l'hôpital de jour.

Son développement est dû aux progrès médicaux associés à des restrictions budgétaires.

#### 4.1.3. L'hôpital de jour.

Le premier apparait en France dans les années 1960.

L'hôpital de jour est une mesure alternative à l'hospitalisation conventionnelle, permettant une diminution de la durée de séjour ainsi qu'une rapidité diagnostique.

En cela, il est donc une réponse pertinente aux impératifs budgétaires dans un contexte économique difficile.

L'hôpital de jour offre aux patients la possibilité de bénéficier d'un bilan diagnostique (ou de surveillance), un traitement médical nécessitant une surveillance attentive (ou un protocole particulier) ainsi qu'une intervention chirurgicale.

Il est une complémentarité à l'hospitalisation conventionnelle. Certes il traite les mêmes patients, mais à un moment différent de leur maladie.

L'hôpital de jour est particulièrement adapté aux spécialités ayant les caractéristiques suivantes :

- Les traitements qu'elles prescrivent font l'objet d'un protocole programmable d'avance ou font recours à un équipement technique intensif (ex : oncologie, hématologie).
- Elles traitent des malades ambulatoires requérant des explorations para-cliniques (gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie et diabétologie) [4].

Les structures telles que les hôpitaux de jour, dans la pathologie diabétique, avaient, entre autre, pour objectif de proposer un bilan annuel aux patients [10].

Ces services offrent :

- aux patients, dans un temps réduit au minimum, un accueil personnalisé, une performance de soins et une éducation thérapeutique adaptée [11].

- aux médecins généralistes une continuité de soins, par le caractère interdisciplinaire, permettant de renforcer la prise en charge d'une maladie chronique. « Le passage en hôpital de jour est un moment ponctuel, qui doit s'inscrire dans une prise en charge de la maladie chronique dans la durée » [12].

Pour être rémunéré un hôpital de jour doit répondre à un certain nombre de critères. Ceux-ci ont d'ailleurs été revus en juin 2010 par le ministère de la santé et des sports. L'hôpital de jour ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- a. Une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériels, en personnels et en équipements adaptés aux risques potentiels des actes réalisés ;
- b. Un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;

Cela peut correspondre :

- ✓ soit à des actes réalisés sous anesthésie générale ou locorégionale,

- ✓ soit à des actes pour lesquels l'anesthésie n'est pas obligatoire, néanmoins la présence d'un anesthésiste est requise ou un milieu stérile (ex: coronarographie),
- ✓ soit des actes réalisés à titre exceptionnel sous anesthésie (ex : jeune enfant),
- ✓ soit à une prise en charge qui comporte plusieurs examens réalisés (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.

c. L'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Ces trois conditions sont obligatoires et exhaustives.

Une exception peut toutefois donner lieu à une facturation même si elle ne répond pas aux conditions évoquées : le patient représentant un terrain à risque.

On entend par là que le corps médical considère que l'état du patient justifie des précautions particulières, imputables à une comorbidité associée à la pathologie faisant l'objet de la prise en charge [13].

#### 4.1.4. L'hôpital de jour de Saint Philibert-Lomme.

Son ouverture a eu lieu le 10 janvier 1978. Il est alors la seule structure pluridisciplinaire indépendante d'un service clinique, mais rattaché à cette époque au service d'explorations fonctionnelles.

Comme pour tout hôpital de jour, il est nécessaire de programmer à l'avance les examens complémentaires et les consultations. Mais cette programmation n'étant pas un accès prioritaire au plateau technique, elle justifie un délai d'attente avant l'hospitalisation.

A sa création, l'hôpital de jour de Saint Philibert ne savait ni avec quel médecin correspondant il allait travailler, ni quelle serait son activité médicale, ce qui a permis une grande adaptation. Le nombre d'entrées concernant la pathologie nutritionnelle et endocrinienne étant en constante augmentation et en l'absence de service de diabétologie conventionnel au sein de l'hôpital, il prend dès 1983 une orientation diabétologique [4].

### **4.2. Principaux résultats :**

#### 4.2.1. Population étudiée :

En 2001, l'étude ENTRED a permis d'apporter des données épidémiologiques sur la population française de diabétiques (de type I et II). Elle a permis de décrire les personnes atteintes de diabète sur le plan socio-économique, d'évaluer un risque cardio-vasculaire, de définir l'impact des complications du diabète, et d'évaluer l'observance des recommandations thérapeutiques.

Celle-ci a été reconduite en 2007 incluant deux groupes supplémentaires : les diabétiques d'outre-mer et les enfants diabétiques. Elle a alors pour objectif l'information de la santé publique par la description de l'état de santé des diabétiques, de la qualité de leur prise en charge, de l'éducation thérapeutique, et de l'évaluation économique [14].

En 2012, une analyse des patients diabétiques de type II a été réalisée à partir de l'étude ObEpi. Cette dernière est une enquête épidémiologique qui évalue la prévalence du surpoids et de l'obésité en France tous les 3 ans [15].

Le sex-ratio des patients de l'hôpital de jour est identique à celui de la population des diabétiques métropolitains en 2007 [14]. Cette répartition est également respectée dans l'analyse des patients diabétiques de type II à partir de l'étude ObEpi puisque les hommes représentaient 55% de la population de diabétiques de type II français [15].

On remarque que les patients consultant à l'hôpital de jour de Saint Philibert sont globalement aussi âgés [14], et que l'ancienneté du diabète est sensiblement identique entre les patients de l'hôpital de jour de Saint Philibert et ceux inclus dans les études ENTRED ou ObEpi. La durée d'évolution de cette pathologie est de 9 ans [14] [15].

L'âge de découverte du diabète dans notre travail est identique à celui observé dans l'étude ENTRED puisque les patients sont âgés en moyenne de 52.2 ans (50.65 ; 54.43) pour 54 ans dans la seconde étude [14].

Toujours par rapport à l'étude ENTRED [14], on note que la stratégie thérapeutique à l'entrée diverge entre les deux études.

En effet :

- 36.21% des patients consultant l'HDJ de Saint Philibert sont traités par un seul antidiabétique oral contre 43% des patients de l'étude ENTRED,
- 35.06% sont sous bithérapie versus 29% dans la seconde étude,
- 12.07% bénéficient d'une triple association, alors que la trithérapie ne représente que 8% des français diabétiques métropolitains,
- enfin 8.04% sont sous insulinothérapie seule dans le groupe de Saint Philibert contre 7% des personnes du deuxième travail.

Comparativement à l'analyse des diabétique de type II de l'étude ObEpi :

- 76.6% sont sous antidiabétiques oraux (ADO) alors que 50% des patients dans notre travail sont traités par ADO seuls,
- 3.9% sont sous analogues de la GLP1 alors qu'aucun des patients de notre étude ne bénéficie de cette thérapie si elle n'est pas en association.
- Enfin 13.6% des patients ObEpi sont traités par insuline contre 8% des patients de l'hôpital de jour Saint Philibert.

Cette différence de stratégie thérapeutique est probablement due au fait de l'écart d'année entre les études (2007 pour ENTRED et 2012 pour l'étude ObEpi et la notre) ainsi que les habitudes individuelles de prescriptions des médecins.

En effet les recommandations de bonne pratique concernant la stratégie thérapeutique du diabète de type II est sujet à de nombreux remaniements. En 2011, suite au Conseil d'Etat la Haute Autorité de Santé décide de retirer les dernières recommandations en date [16]. Ainsi, jusqu'à janvier 2013, les médecins généralistes, endocrinologues n'avaient plus de référence commune quant au meilleur traitement à adopter selon la situation de leurs patients.

Aujourd'hui la Haute autorité de Santé a remis en place des nouvelles recommandations de bonnes pratiques pour faciliter et harmoniser la prise en charge du diabète de type II [6].

#### 4.2.2. Origine géographique :

Les patients ont été répertoriés selon l'origine géographique du cabinet médical de leur médecin traitant. Ainsi Lille, située à moins de 5 kilomètres de l'hôpital de jour de Saint Philibert, est la ville d'origine la plus fréquente (Cf. figure 5). Seul un patient a effectué plus de 100 km pour honorer sa convocation. Il aurait été intéressant de connaître sa motivation de consultation à l'hôpital de jour puisque d'autres établissements se situent plus proches. L'un des freins de notre étude a été le recueil de l'adresse du médecin traitant et non pas celle du patient. En effet nous sommes partis du principe que le patient habitait non loin du cabinet médical où il consulte son médecin généraliste. L'exemple du patient de Sangatte nous confirme qu'il aurait été plus pertinent de nous baser sur l'adresse personnelle du patient. On sait que ce patient avait déjà consulté l'hôpital de jour de Saint Philibert. Avait-il déménagé, et préférerait-il continuer son suivi au sein du même service? Continuait-il à consulter son médecin généraliste qui se serait « délocalisé » ?

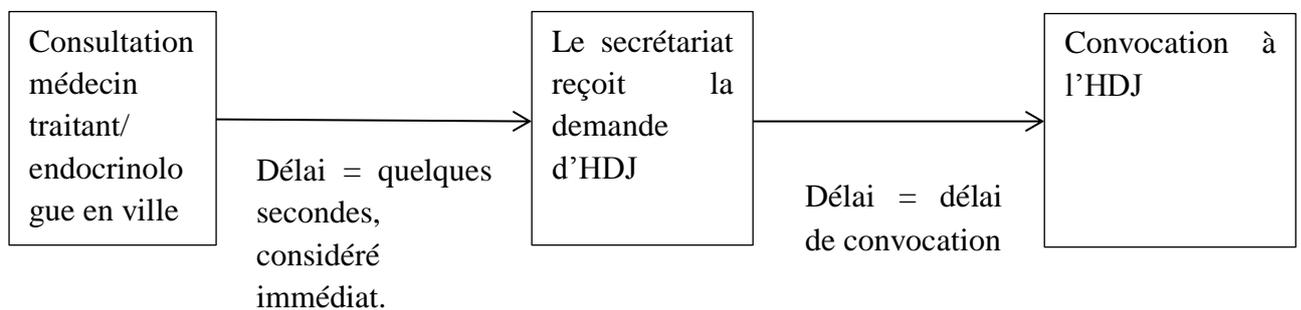
A l'inverse, le fait d'avoir relevé l'adresse du médecin traitant nous permet de soulever l'éventualité que certains médecins ont des habitudes d'orientation à l'hôpital de jour car sur les 174 patients adressés, 29 proviennent uniquement de 7 cabinets médicaux.

#### 4.2.3. Prise de contact avec l'hôpital de jour de Saint Philibert:

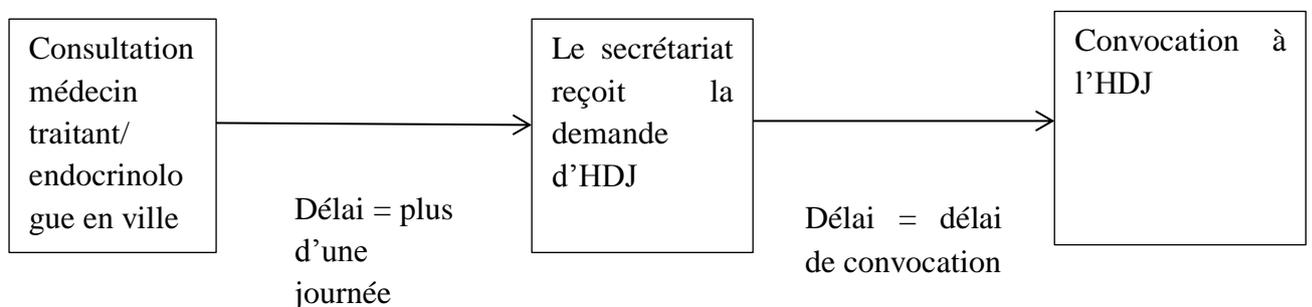
Nous avons constaté que la prise de contact pour la demande de convocation à l'hôpital de jour se fait majoritairement (71.8%) par courrier (Cf. figure 7) mais il paraît important de soulever l'éventualité que le fax ait pu être considéré comme un courrier par l'investigateur.

Cela aurait une incidence sur le délai de convocation. En effet ce dernier pourrait être allongé de quelques jours par rapport à la date de consultation chez le médecin traitant/endocrinologue de ville s'il s'agit d'un courrier ordinaire.

##### Cas d'une demande par fax :



##### Cas d'une demande par courrier ordinaire :



Pourtant, le délai n'est pas influencé par la modalité de prise de contact.

Le délai médian de convocation est de 24.5 jours (avec ou sans demande de report de convocation). Nous avons choisi d'exclure les dossiers qui ont fait l'objet d'une demande de report pour analyser cette donnée. Le délai de convocation est alors de 21 jours et quel que soit le type de contact. Les secrétaires planifient l'hospitalisation de jour selon les consignes des endocrinologues, et elles ne se laisseraient pas influencer par des exigences qui peuvent émerger lors d'une conversation téléphonique. A noter que ce délai de convocation peut parfois dépasser 3 mois dans d'autres hôpitaux de jour [12].

A contrario, on observe que ce délai de convocation est lié à la personne qui adresse le patient à l'hôpital de jour. Dans 38% des cas, c'est un endocrinologue du GHICL. Un certain nombre de patients ont pu être recrutés lors d'un avis endocrinologique dans les services de l'hôpital Saint Philibert ou lors d'une consultation spécialisée en ville par un endocrinologue du GHICL. Or le délai de convocation est plus long si c'est un endocrinologue qui convoque. On pense que ce délai est allongé car le médecin spécialiste connaît mieux le degré « d'urgence » à réaliser des examens complémentaires et peut anticiper le bilan en hôpital de jour par une convocation systématique.

Alors que le motif principal d'hospitalisation de jour pour les patients diabétiques de type I et II au CHU de Casablanca (MAROC) est l'équilibre glycémique [11], dans notre étude le principal motif de recours est le **bilan de surveillance**. Vient ensuite le **déséquilibre du diabète**. Le **passage à l'insuline** est très peu requis : seul 2 patients en font l'objet. On peut penser que les médecins adressant le patient n'évoquent pas directement ce motif pour deux raisons : l'appréhension du patient vis-à-vis de la thérapeutique, et la susceptibilité des confrères. Devant une possible réticence du patient au passage

à l'insuline, le médecin qui adresse peut simplement évoquer une adaptation thérapeutique. Ainsi, ce sera à l'hôpital de jour d'annoncer au patient qu'il requiert une insulinothérapie. Certains médecins préféreront également ne pas évoquer le passage à l'insuline pour laisser la décision au médecin de l'hôpital de jour de la meilleure stratégie thérapeutique.

Les 2 motifs de venue pour lesquels la durée d'évolution du diabète est la plus ancienne sont **l'éducation à l'auto-surveillance glycémique/injections** et **la prise en charge de complications**. Rappelons que l'auto-surveillance glycémique n'est réservée qu'aux patients diabétiques de type II insulinotraités, ou pour qui on envisage une insulinothérapie. (Elle est également indiquée pour les patients qui bénéficient d'un traitement par insulinosécréteur, ou dont l'objectif thérapeutique n'est pas atteint) [17]. On peut donc penser que certaines demandes de passage à l'insuline soient « envisagées ».

Remarquons que les deux patients faisant l'objet du **passage à l'insuline** sont atteints de diabète n'évoluant que depuis 3 ans et demi de moyenne. On sait que l'âge moyen d'instauration de l'insuline en 2007 était de 62 ans dans l'étude ENTRED après une évolution de la pathologie de moins de 4ans [14]. Les deux patients de l'hôpital de jour sont globalement semblables à ceux de l'étude ENTRED : ils sont âgés de 59 et 60 ans et leur diabète évoluait respectivement depuis 5 et 2ans.

Il aurait été intéressant d'étudier s'il existait un lien entre le délai de convocation et le motif de venue à l'hôpital de jour. Mais le nombre de cas et la question étant rédigée en choix multiples n'a pu nous permettre d'établir ce lien. Nous

pouvons cependant affirmer que ce délai varie de 11.5 jours entre le bilan de surveillance et le déséquilibre du diabète.

#### 4.2.4. L'hôpital de jour de Saint Philibert :

La majorité des patients de l'hôpital de jour sont envoyés par un endocrinologue. Mais pour les 80 patients qui consultent pour la première fois l'HDJ, c'est le médecin généraliste qui les adresse. Le recrutement des nouveaux patients se fait principalement par l'intermédiaire des médecins généralistes. Ces « nouveaux » patients viennent pour un **déséquilibre du diabète** ou un **bilan de surveillance**. Le médecin généraliste adresse probablement le patient par rapidité et simplicité d'obtention des examens complémentaires tels que la rétinographie (validée comme moyen de dépistage de la rétinopathie diabétique [18]), l'ECG, et la consultation endocrinologique. Selon l'IFOP : il faut 65 jours en moyenne pour rencontrer un ophtalmologue en ville et 31 jours pour un cardiologue en octobre 2012 [19].

Rappelons que l'hôpital de jour n'est pas un lieu magique où l'on pourrait adresser rapidement le patient diabétique afin qu'il puisse y pratiquer des investigations complémentaires [20]. Il n'est pas à banaliser. L'hôpital de jour est une structure où l'on synthétise une activité pluridisciplinaire entre l'endocrinologue, l'infirmière d'éducation et la diététicienne dans l'objectif d'établir un bilan thérapeutique [12]. Il est complémentaire à une prise en charge de ville. En effet, on peut aisément comprendre que le temps d'une consultation habituelle en médecine générale ne soit pas suffisant pour y concevoir

l'éducation thérapeutique, l'examen médical et l'information sur les complications du diabète [21].

Un accord préalable du médecin conseil de l'Assurance Maladie est nécessaire à la concrétisation d'une hospitalisation de jour. Leur facturation est déterminée par les critères définis par l'instruction de la DGOS citée précédemment et la réalisation d'un bilan dit « bilan de base ». Celui-ci comprend : une biologie de base, un bilan diététique, un examen ophtalmologique avec fond d'œil ou rétinographie, un examen cardio-vasculaire avec ECG et enfin une synthèse avec un endocrinologue (Cf. Annexe 3). Si ce « bilan de base » est incomplet, une discussion entre le médecin conseil et le praticien hospitalier s'impose.

Or les examens les plus couramment réalisés (Cf. page 33) à l'hôpital de jour de Saint Philibert correspondent à ces attentes de rémunération.

D'autres examens complémentaires seront réalisés en externe car c'est à l'hôpital de jour, lors de l'examen clinique d'entrée du patient, qu'ils sont justifiés.

Comment expliquer que certains examens ont été effectués alors qu'ils n'étaient pas programmés d'origine ? On pourrait penser qu'ils ont été réalisés pour répondre aux critères de rémunération. Deux examens pourraient correspondre à cette justification : 1 ECG et 1 échographie cardiaque. En effet les autres bilans complémentaires (consultation podologique) ne faisant pas partie du « bilan de base » imposé par l'Assurance Maladie, leur réalisation ne change pas le pouvoir de rémunération de l'hôpital de jour. Seul 2 examens (sur les 858 intégrés dans le « bilan de base ») auraient permis une rémunération à l'hôpital de jour. Il semble donc que leur réalisation n'ait pas de lien avec leur potentiel financier.

De plus nous pouvons constater que les investigations réalisées lors de l'hospitalisation de jour répondent aux recommandations de suivi du diabète de type II stipulées par l'HAS [22]. En effet d'un point de vue biologique : le dosage de l'HbA1c est conseillé tous les 3 mois, le dosage de la créatininémie, du calcul de sa clairance, le bilan lipidique, le dosage de la micro-albuminurie sont eux indiqués de façon annuelle. Les autres examens tels que : l'ECG, le bilan ophtalmologique, le bilan dentaire, l'examen des pieds présentent également une périodicité annuelle. L'écho-doppler artériel des membres inférieurs est lui recommandé tous les 5 ans. Il aurait été intéressant, pour les 94 patients déjà connus à l'hôpital de jour, de connaître le délai entre les deux venues. Cela nous aurait permis d'établir une relation entre la venue à l'hôpital de jour et la bonne fréquence de réalisation des examens de suivi.

A la fin de l'hospitalisation de jour, chaque patient se voit remettre un bulletin de sortie manuscrit, provisoire qu'il doit présenter à son médecin traitant.

La lettre de sortie, résumant l'hospitalisation de jour, est rédigée en 22 jours [15-26]. Ce délai peut paraître long. Notons que les 174 patients que nous avons étudiés ne représentent que 20.3% de l'activité de l'hôpital de jour pluridisciplinaire de Saint Philibert. Nous ne nous sommes concentrés que sur son activité à visée diabétologique... Le délai de rédaction de la lettre de sortie dépend de plusieurs facteurs : l'attente des résultats des examens effectués, la dictée du médecin ayant pris en charge le malade, de la charge de travail des secrétaires. Rappelons que ces dernières sont également chargées de taper les courriers correspondant aux 5 plages de consultations des endocrinologues par semaine (soit environ 50 courriers supplémentaires par semaine).

Selon le code de la santé publique, les services d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, ainsi que les structures qui pratiquent de la chirurgie ambulatoire ou de l'anesthésie doivent être en mesure d'assurer une continuité de soins en dehors de leurs heures d'ouverture. Cette continuité de soins se fait par la remise du bulletin de sortie et des conventions d'hospitalisation avec un service conventionnel. Chaque patient devrait donc se voir remettre son courrier de sortie avant son départ de l'hôpital de jour [23].

Il est indéniable que les potentielles modifications thérapeutiques effectuées au cours de l'hospitalisation de jour pourraient être mises en place plus rapidement par le médecin traitant. Mais si l'on applique catégoriquement ce délai au courrier de sortie des patients consultant un l'hôpital de jour, son contenu s'avèrerait minimaliste. On ne pourrait qu'énumérer les différents examens réalisés sans pouvoir y exposer les résultats puisque l'obtention de ces derniers peut parfois prendre plusieurs jours. Or il semble logique que l'endocrinologue puisse être en moyen de faire un choix concernant la meilleure thérapie en fonction de ces résultats complémentaires avant d'en donner les directives au médecin généraliste.

### **4.3. Biais :**

#### **4.3.1. Biais de puissance :**

Notre étude s'est restreinte à un seul centre hospitalier (uni-centrique). Il aurait été intéressant de comparer le fonctionnement de l'hôpital de jour de Saint Philibert à un service identique au sein d'un autre centre hospitalier.

#### 4.3.2. Biais de compréhension :

Le questionnaire a été rempli par des externes, internes, médecins du service. L'investigateur a pu mal interpréter certains items comme la question sur le type de contact. Il existe une subtilité entre le fax et le courrier « ordinaire ». Il en va de même pour la question (à choix multiple) sur le type de traitement à l'entrée de l'hospitalisation de jour : une des réponses était « Règles hygiéno-diététiques **seules** ». Cette réponse pouvait sous-entendre qu'aucune autre réponse n'était possible mais à priori ça n'a pas été le cas. C'est pourquoi nous n'avons pas pu utiliser cette donnée.

#### 4.3.3. Questionnaire anonymisé :

L'anonymisation du questionnaire nous a limités dans l'interprétation de données, notamment pour connaître la motivation de consultation à l'hôpital de jour d'un patient originaire de Sangatte.

#### **4.4. Perspectives :**

Nous nous sommes interrogés sur les facteurs pouvant améliorer la prise en charge du diabète lors d'une hospitalisation de jour.

- ✓ Il s'avèrerait pertinent qu'une secrétaire soit recrutée au sein de l'hôpital de jour de Saint Philibert pour que le délai de rédaction de la lettre de sortie soit plus rapide. En effet la charge de travail des secrétaires paraît bien trop

importante pour que le délai légal de réception du bulletin de sortie soit respecté.

- ✓ Pour optimiser l'organisation de l'hôpital de jour et ainsi la prise en charge du diabète, il faudrait mener des enquêtes similaires au sein de centres hospitaliers de différentes régions. L'intérêt de ces analyses épidémiologiques multicentriques est de prendre également en compte les différences de prévalence du diabète. Ainsi le délai de convocation, les médecins adressant le patient et l'ancienneté du diabète pourraient varier.
  
- ✓ Maintenant que nous connaissons les motifs des médecins généralistes pour adresser les patients à l'hôpital de jour de Saint Philibert, il semblerait intéressant d'évaluer leur satisfaction par rapport aux prestations de ce dernier. Ceci fera l'objet d'un travail de mémoire de DES de médecine générale.
  
- ✓ La France manque encore de moyen pour perfectionner la prise en charge du diabète. Si la tendance actuelle est de réorganiser les dépenses dues au diabète, il faudrait promouvoir d'avantage la prévention du diabète, le dépistage précoce et l'éducation thérapeutique lorsqu'il est diagnostiqué [24]. Le médecin généraliste est l'interlocuteur immédiat des patients. Il occupe donc une place privilégiée pour proposer un dépistage inopiné au patient et, par sa relation de confiance, il rend possible un suivi rapproché du patient diabétique. La Formation Médicale Continue (FMC) des médecins généralistes semble être un excellent moyen pour les sensibiliser au dépistage

et aux dernières recommandations de prise en charge thérapeutique. Car désormais il faut traiter « plus tôt, plus vite, plus fort » [25]. En encourageant l'accès aux FMC, on pourrait s'attendre à une meilleure observance de la prise en charge du diabète.

- ✓ Selon le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de novembre 2009, le médecin généraliste est le principal médecin dans la prise en charge du diabète de type II. Le suivi qu'il assure au patient s'est amélioré. Cependant les médecins traitants ont pour but d'atteindre un contrôle glycémique plus rapidement, au meilleur coût possible, et de prendre contact (si nécessaire) plus vite auprès des spécialistes du diabète, du cœur, du rein et des paramédicaux [26]. Mais depuis les années 2000, la consommation en soins ne cesse d'augmenter par l'intensification de la prise en charge lors de nouvelles recommandations. Ce recours aux soins explique en partie la hausse des coûts de prise en charge. Mais les dépenses concernent surtout les patients les plus âgés et ceux qui présentent des complications (la prise en charge de seulement 4 complications peut représenter 9% du coût médical du diabète de type II [26]). Toujours selon le BEH il faut trouver une alternative à l'hospitalisation conventionnelle par le moyen d'hôpitaux de jour. Puisque le diabète devient un enjeu de santé public mais aussi économique : pourquoi ne pas proposer une convocation annuelle systematique en hôpital de jour dans les recommandations de l'HAS ?

## 5. CONCLUSION

---

L'objectif principal de notre travail était de mieux connaître la population de diabétiques de type II qui consultait à l'hôpital de jour de Saint Philibert.

Nous pouvons maintenant confirmer que les patients diabétiques de type II qui consultent à l'hôpital de jour de Saint Philibert à Lomme sont globalement similaires à la population des diabétique de type II de la métropole française tant au niveau de leur âge, sexe, et ancienneté de leur pathologie.

Ce Patient est principalement adressé pour un bilan de surveillance ou un déséquilibre de diabète.

La majorité des investigations complémentaires réalisées à l'hôpital de jour de Saint Philibert sont programmées à l'avance et sont principalement représentées par une biologie, un ECG, une rétinographie, une consultation avec l'infirmière, la diététicienne et l'endocrinologue.

Dans le contexte, où la prévention médicale et l'économie de la santé sont intimement liées, l'hôpital de jour est une structure particulièrement adéquate à la prise en charge du diabète de type II.

Le diabète de type II est certes une pathologie chronique et insidieuse mais il n'en demeure pas moins maitrisable.

Le médecin généraliste tient un rôle essentiel dans l'accompagnement du patient, le suivi de sa pathologie, la prévention et la prise en charge d'éventuelles complications. Tous les examens complémentaires nécessaires à la prévention (ou prise en charge) des complications du diabète sont réalisables en ambulatoire à la demande du médecin traitant. Mais il existe parfois un délai non négligeable pour

la prise de rendez-vous pouvant générer un obstacle à leur réalisation. L'alternative que représente l'hôpital de jour est un atout gigantesque puisqu'il propose une prise en charge globale et rapide pour le patient.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 25/09/2013). Le nombre de cas de diabète pourrait doubler dans les pays en développement au cours des 30 prochaines années, [en ligne].

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr86/fr/>

2. Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 25/09/2013). Le Diabète, [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>

3. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 25/09/2013). Table ronde 25 Maladies chroniques: comment améliorer la prise en charge des patients ? Exemple du diabète, [en ligne].

[http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr\\_tr25\\_rencontres\\_2007.pdf](http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr_tr25_rencontres_2007.pdf)

4. L'Hôpital de jour. Didier De Broucker. 1985

5. Mosnier-Pudar H, Dejager S, Eschwege E, Guillausseau JP, Halimi S, Peixoto O et al. P133 DIABASIS 2008 : perception du suivi médical et de l'observance thérapeutique du diabète de type 2 par les patients eux-mêmes en France.

Diabetes & Metabolism. 2009;35(3):A59.

6. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 25/09/2013). Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, Méthode «Recommandations pour la pratique clinique», [en ligne].

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04\\_argu\\_diabete\\_type\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_argu_diabete_type_2.pdf)

7. Denys-Desrumaux AS., Bertolotti G. Education du patient diabétique : à propos d'une étude menée au sein du service d'hôpital de jour du centre hospitalier Saint Philibert.

Th D Med. Lille 2 :2005.

8. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 25/09/2013). La prise en charge de votre maladie, le diabète de type 2, [en ligne].

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bd-07-059-diabete\\_2\\_mars\\_08.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bd-07-059-diabete_2_mars_08.pdf)

9. David C. May. A diabetic-care centre in a community hospital.  
  
C.M.A Journal. April 1972;106.
  
10. Socquard E, Durlach A, Clavel C, Caron J, Durlach V. Quel devenir pour les patients suivis en HDJ à propos de 404 diabétiques de type II ?  
  
Annales d'endocrinologie. Septembre 2002;63(4):373.
  
11. Radi L, Chadli A, El Ghomari H, Farouqi A. P111 Intérêt de prise en charge des diabétiques en hospitalisation de jour.  
  
Diabetes & Metabolism. 2009;35(S1):54.
  
12. Charpentier G, Turnin MC, Varroud-vial M. L'hôpital de jour est-il menacé ?  
  
Réseaux Diabète. 2007;32:6-8, Huveaux France.
  
13. Ministère de la Santé et des Sports. (Page consultée le 25/09/2013). Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), [en ligne].  
  
<http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

14. Institut de veille sanitaire, Haute Autorité de Santé, Assurance Maladie, Régime Social de Indépendants, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (Page consultée le 25/09/2013). Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010 Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques, [en ligne].  
[http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=9074](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9074)
15. Moisan C, Charles MA, Crine A, Basdevant A, Eschwège E. P2071 Le diabète de type 2 en France en 2012 ; données de l'enquête ObEpi.  
Diabetes & Metabolism. Mars 2013;39(S1):A85.
16. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 25/09/2013). La HAS retire la recommandation de bonne pratique sur le diabète de type 2, [en ligne].  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1050193/fr/la-has-retire-la-recommandation-de-bonne-pratique-sur-le-diabete-de-type-2?xtmc=&xtr=3](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050193/fr/la-has-retire-la-recommandation-de-bonne-pratique-sur-le-diabete-de-type-2?xtmc=&xtr=3)
17. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 25/09/2013). L'auto-surveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée, [en ligne]  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/autosurveillance\\_glycemique\\_diabete\\_type\\_2\\_fiche\\_de\\_bon\\_usage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/autosurveillance_glycemique_diabete_type_2_fiche_de_bon_usage.pdf)

18. Tran THC, Rahmoun J, Hui Bon Hoa AA, Denimal F, Delecourt F, Jean Jean E, Forzy G. Dépistage de la rétinopathie diabétique par télé-médecine en utilisant des rétinophotographies non mydriatiques dans un groupe hospitalier du Nord-Pas-de-Calais.
- Journal Français d’Ophtalmologie. Décembre 2009;32(10):735-741.
19. Institut Français Opinion Publique. (Page consultée le 25/09/2013). L’Observatoire de l’accès aux soins – Vague 2, [en ligne].
- [http://www.ifop.com/media/poll/2076-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/2076-1-study_file.pdf)
20. Declercq J. Qui sont les patients diabétiques de type 2 bien équilibrés ? Conséquences sur la pratique en médecine générale. Th D Med. Lille 2 :2008.
21. Legentil S, Lemaire PF. Hospitalisation de jour annuelle en diabétologie : intérêt dans la prise en charge des diabétiques à propos d’un échantillon de 15 patients suivis dans un hôpital général. Th D Med. Reims :2000.

22. Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 25/09/2013). Guide Affection Longue Durée. Diabète de type 2, [en ligne].
- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8\\_guidemedecin\\_diabetetype2\\_revunp\\_vucd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8_guidemedecin_diabetetype2_revunp_vucd.pdf)
23. Article D6124-304 du Code de la Santé Publique.
24. Halimi S. Pandémie de diabète : en France, comme partout dans le monde, les moyens vont-ils suivre ? Ou pourquoi une Journée mondiale du diabète ?
- Médecine des maladies Métaboliques. Décembre 2011;5(6):589.
25. Grimaldi A. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : passé, présent, avenir.
- Groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, Université Paris 6, Séance thématique organisée par l'Académie nationale de Pharmacie, 2007.
26. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. (Page consultée le 25/09/2013). Numéro thématique 42-43- Les enquêtes Entred : des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maîtriser le diabète, [en ligne].
- [http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42\\_43/beh\\_42\\_43\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf)

## 7. ANNEXES

---

### Annexe 1 :

# Questionnaire thèse Claire Chartiez

Ne concerne que les patients diabétiques non insulino-dépendants.

### 1/ Identité du patient :

Coller ici l'étiquette du patient.

### 2/ Suivi médical du patient :

-Nom du médecin généraliste :.....

→ Localisation :.....

-1<sup>ère</sup> venue à l'hôpital de jour ?

- Oui
- Non

### 3/ La pathologie diabétique :

-Année de découverte du diabète :.....

-Traitement antidiabétique à l'entrée (plusieurs réponses possibles) :

- Règles hygiéno-diététiques seules.
- Antidiabétiques oraux :
  - Monothérapie
  - Bithérapie
  - Trithérapie
  - Plus
- Analogues de la GLP1.
- Insulinothérapie.

### 4/ Prise de contact avec l'hôpital de jour :

-Date :.....

-Type de contact :

- Téléphone
- Courrier
- Autre, précisez :.....

**5/ Qui adresse le patient à l'hôpital de jour ?**

- Le patient.
- Le médecin généraliste.
- Un endocrinologue du GHICL.
- Autres, précisez :.....

**6/ Motif(s) de venue à l'hôpital de jour (plusieurs réponses possibles):**

- Découverte de diabète.
- Règles hygiéno-diététiques.
- Déséquilibre du diabète.
- Passage à l'insuline.
- Bilan de surveillance.
- Convocation d'un endocrinologue du GHICL.
  - Raison :.....
- Prise en charge d'une (ou plusieurs) complication(s) :
  - Laquelle/lesquelles :.....

**7/ Tous les examens demandés ont-ils été réalisés ?**

- Oui.
- Non, le(s)quel(s) sera/seront réalisé(s) en externe ? :
  - Echographie cardiaque.
  - Epreuve d'effort cardiaque.
  - Echodoppler artériel des membres inférieur.
  - Echodoppler artériel des troncs supra aortiques.
  - Consultation diététique.
  - Electromyogramme.
  - Echographie abdominale.
  - Consultation avec le podologue.
  - Autres.

Prévoir de récupérer la date de rédaction de la lettre de sortie

Annexe 2 :

## Questionnaire thèse Claire Chartiez

**Ne concerne que les patients diabétiques de type 2.**

1/ Identité du patient :

Coller ici l'étiquette du patient.

2/ Suivi médical du patient :

-Nom du médecin généraliste :.....

→ Localisation :.....

-1<sup>ère</sup> venue à l'hôpital de jour ?

- Oui
- Non

3/ La pathologie diabétique :

-Année de découverte du diabète :.....

-Traitement antidiabétique à l'entrée (plusieurs réponses possibles) :

- Aucun traitement à l'entrée.
- Règles hygiéno-diététiques seules.
- Antidiabétiques oraux :
  - Monothérapie
  - Bithérapie
  - Trithérapie
  - Plus
- Analogues du GLP-1.
- Insulinothérapie.

4/ Prise de contact avec l'hôpital de jour :

-Date à laquelle l'hôpital de jour a été contacté pour convoquer le patient : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

-Type de contact :

- Téléphone
- Courrier
- Autre, précisez :.....

5/ Qui adresse le patient à l'hôpital de jour ?

- Le patient.
- Le médecin généraliste.

- Un endocrinologue du GHICL.
- Autres, précisez : .....

**6/ Motif(s) de venue à l'hôpital de jour (plusieurs réponses possibles):**

- Découverte de diabète.
- Règles hygiéno-diététiques.
- Déséquilibre du diabète.
- Passage à l'insuline demandé.
- Bilan de surveillance.
- Education à l'auto-surveillance glycémique et injection.
  - Raison : .....
- Prise en charge d'une (ou plusieurs) complication(s) :
  - Laquelle/lesquelles : .....
- Autres : .....

**7/ Quels sont les examens complémentaires prévus lors de l'hospitalisation de jour ?**

- Examens biologiques.
- Consultation diététique.
- Fond d'œil, rétinophotographie.
- ECG.
- Consultation d'endocrinologie avec synthèse du séjour.
- Consultation IDE.
- Consultation podo-pédicurie.
- Echographie cardiaque.
- Epreuve d'effort cardiaque.
- Echodoppler artériel des membres inférieur.
- Echodoppler artériel des troncs supra aortiques.
- Electromyogramme.
- Echographie abdominale.
- Autres, précisez : .....

**8/ Quels sont les examens complémentaires réalisés lors de l'hospitalisation de jour ?**

- Examens biologiques.
- Consultation diététique.
- Fond d'œil, rétinophotographie.
- ECG.
- Consultation d'endocrinologie avec synthèse du séjour.
- Consultation IDE.
- Consultation podo-pédicurie.
- Echographie cardiaque.
- Epreuve d'effort cardiaque.
- Echodoppler artériel des membres inférieur.
- Echodoppler artériel des troncs supra aortiques.
- Electromyogramme.
- Echographie abdominale.
- Autres, précisez : .....

**9/ Quels sont les examens complémentaires prévus en externe et pourquoi ?**

- -

**Annexe 3 :**



MSAP HDJ MEDECINE  
FICHE QUESTIONNAIRE

**PRISE EN CHARGE DE TYPE MEDICAL SUIVI DE PATIENT  
DIABETIQUE**

Cette fiche est à remplir par le praticien hospitalier lorsqu'un acte relevant de la MSAP implique prise en charge en hôpital de jour.

Le praticien, ou son représentant, sollicite l'avis du Service Médical, par téléphone, pour obtenir une réponse immédiate ou différée de 24 heures au maximum (hors week end).

➤ N°Téléphone service médical de Calais : 03.21.46.59.90

➤ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 9h00 à 11h30 et de 14h00 à 16h30

Date de la demande : .....

➤ <b>ETABLISSEMENT :</b>	
Nom du praticien Téléphone : Plage horaire pour le contact :	
➤ <b>ASSURE :</b> *UNIQUEMENT ASSURE DU REGIME GENERAL- RSI PICARDIE -MSA PICARDIE	
Nom et prénom de l'assuré :	
NIR :	
Caisse de l'assuré :	
➤ <b>BENEFICIAIRE DES SOINS :</b>	
Nom du bénéficiaire des soins : Prénom : Sexe : Qualité : (conjoint, ayant droit) Date de naissance : Adresse complète :	
➤ <b>PRINCIPE DE L'HOSPITALISATION :</b>	
■ <b>Date prévue de l'hospitalisation :</b>	
■ <b>Prise en charge par une équipe paramédicale et médicale pluridisciplinaire avec coordination par un médecin</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
■ <b>Admission dans une structure d'hospitalisation individualisée respectant les normes de fonctionnement relatives à l'hospitalisation à temps partiel</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
■ <b>Utilisation d'une place ou d'un lit</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

➤ BILAN DIAGNOSTIQUE OU THERAPEUTIQUE PREVU :		
- examens biologiques (bilan de base : HBA1C, micro albuminurie, bilan rénal, bilan lipidique, hémogramme, +/- bilan hépatique)*	OUI	NON
- bilan diététique	OUI	NON
- consultation d'ophtalmologie (avec FO ou rétinographie)	OUI	NON
- bilan cardiovasculaire (avec ECG)	OUI	NON
- consultation d'endocrinologie avec synthèse du séjour	OUI	NON
- consultation de neurologie	OUI	NON
- consultation spécifique de la pathologie du pied (podologue, pédicure, médecin physique)	OUI	NON
- éducation thérapeutique	OUI	NON
- consultation d'angéiologue	OUI	NON
- exploration vasculaire (échodoppler cervico-céphalique, iliaque ...)	OUI	NON
- examens biologiques (bilan spécifique de complication)	OUI	NON
- imagerie (bilan spécifique de complication)	OUI	NON
➤ AVIS DU SERVICE MEDICAL : Date : ...../...../.....		
■ Accord par agent à la réalisation de l'acte en hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	
■ Accord par PC à la réalisation de l'acte en hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	
■ Refus médical à la réalisation de l'acte en hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	
■ Avis défavorable administratif (pour manque de renseignement)	<input type="checkbox"/>	

L'avis du médecin conseil sera motivé par le respect des conditions de facturation des hospitalisations de jour et sur le contenu prévu du bilan.

L'absence de structure d'hospitalisation individualisée entraîne le refus de la prise en charge.

Un « bilan de base » incluant les éléments suivants doit également être prévu :

- biologie de base,
- bilan diététique,
- examen ophtalmologique avec FO ou rétinographie,
- examen cardio vasculaire avec ECG,
- synthèse endocrinologue.

Lorsqu'il manque un élément du bilan minimum de base, une discussion doit être menée entre le praticien hospitalier et le médecin conseil et une réponse apportée dans les deux jours.

Le questionnaire comprend volontairement plus d'items (que le « bilan de base ») pour aider la décision dans deux circonstances :

- si un des éléments du « bilan de base » a déjà été réalisé dans les jours précédents
- si tous les actes médicaux du « bilan de base » ne sont pas prévus.

**AUTEUR : Nom :** CHARTIEZ

**Prénom :** Claire

**Date de Soutenance :** 21 octobre 2013

**Titre de la Thèse :** Epidémiologie de l'Hôpital de Jour diabétologique de Saint Philibert à Lomme.

Etude menée auprès de 174 patients.

**Thèse - Médecine - Lille 2013**

**Cadre de classement :** DES de médecine générale

**Mots-clés :** diabète, population, prise en charge

**Résumé :** Le diabète de type II est une pathologie fréquente, chronique et insidieuse. Ses complications coûteuses peuvent être évitées si un équilibre glycémique précoce est atteint.

L'hôpital de jour est une alternative adaptée à la prise en charge pluridisciplinaire du diabète.

L'objectif principal de notre travail était de décrire qui est ce patient diabétique de type II qui consulte à l'hôpital de jour de Saint Philibert de Lomme, dans quelles conditions il est adressé et dans quel but.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude observationnelle descriptive non-interventionnelle par hétéro-questionnaire auprès d'une population de patients diabétiques de type II, entre le 24 septembre et le 11 décembre 2012 inclus. Deux dossiers n'ont pu être exploités par défaut d'étiquetage.

**Résultats :** 174 patients, dont autant d'hommes que femmes ( $p=0.76$ ), sont venus à l'hôpital de jour de Saint Philibert sur la période étudiée. Ces patients sont représentatifs des patients diabétiques métropolitains de l'étude ENTRED : ils sont majoritairement âgés entre 40 et 85 ans, et leur pathologie évolue depuis 9 ans de médiane [3-15]. Les patients consultent l'hôpital de jour de Saint Philibert dans un délai médian de 21 jours [12-29] après la demande de RDV. Pour les 80 patients consultant pour la 1<sup>ère</sup> fois l'hôpital de jour, c'est principalement le médecin généraliste qui adresse. 111 patients viennent pour un bilan de surveillance, 84 pour un déséquilibre du diabète et 2 pour passage à l'insuline. La totalité des patients ont bénéficié d'acte de biologie, d'un ECG et d'une consultation diététique. Seuls 2 patients n'ont pas réalisé de rétinographie et 10 n'ont pas effectué de synthèse avec l'endocrinologue. 10 examens complémentaires n'ont pu être sur les 1114 programmés.

**Conclusion :** L'hôpital de jour diabétologique de Saint Philibert à Lomme permet la réalisation d'investigations complémentaires recommandées dans la prise en charge du diabète. Cette structure semble apporter un bénéfice aux médecins libéraux mais il conviendrait d'évaluer leur satisfaction afin de perfectionner ce service.

**Composition du Jury :**

**Président :** Madame le Professeur Anne LIBBRECHT-VAMBERGUE

**Assesseurs :** Madame le Professeur Marie-Christine VANTYGHM

Monsieur le Docteur Jean-Louis EDME

Monsieur le Docteur François DELECOURT

Monsieur le Docteur Julien PELZER