

LA DIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Prise en charge des dyslipidémies de l'adulte Le consensus français

Trois sociétés savantes, la Société française d'endocrinologie (SFE), la Société francophone du diabète (SFD) et la Nouvelle société francophone d'athérosclérose (NSFA) se sont associées pour proposer un consensus français sur la prise en charge des dyslipidémies.

● La plupart des dyslipidémies, tout particulièrement l'augmentation du LDL-cholestérol, joue un rôle majeur dans le risque cardiovasculaire et il existe un vaste consensus pour promouvoir leur traitement, mais avec des divergences sur la manière de procéder selon les différentes recommandations internationales. En France, les recommandations de l'Afssaps qui dataient de 2005 ont été retirées et ne sont plus consultables. « Nous ne disposons donc d'aucune recommandation à jour dans notre pays, ce qui a conduit la Société française d'endocrinologie (SFE), la Société francophone du diabète (SFD) et la Nouvelle société francophone d'athérosclérose (NSFA) à s'associer pour proposer un consensus sur la prise en charge des dyslipidémies », indique le Pr René Valéro. Ce consensus est basé sur les recommandations internationales et sur une revue de la littérature, notamment les essais cliniques et les méta-analyses et a été rédigé en précisant les niveaux de preuve. Il s'adresse à la population générale et n'aborde pas en détail les hypercholestérolémies familiales et les dyslipidémies diabétiques.

Définir le niveau de risque cardiovasculaire

Ce nouveau consensus rappelle l'importance de l'évaluation du niveau de risque cardiovasculaire (RCV), qui conditionne l'objectif lipidique.

Pour établir le niveau de RCV (faible, intermédiaire, élevé ou très élevé), le consensus recommande de faire appel aux tables SCORE, qui permettent de donner un pourcentage de risque de décès cardiovasculaire à 10 ans. Il faut utiliser les tables adaptées à la France, qui est un pays à bas risque. Ces tables prennent en compte 6 paramètres : le sexe, l'âge, le tabagisme, la pression artérielle systolique, le cholestérol total et le HDL-cholestérol. « Il existe des outils numériques qui permettent de faire très rapidement un calcul automatique du SCORE », souligne le Pr Valéro. Toutefois, le consensus reste pragmatique et propose en alternative au recours aux tables SCORE l'addition des facteurs de risque cardiovasculaire suivant (hors diabète et insuffisance rénale) : âge ≥ 50 ans chez l'homme et ≥ 60 ans chez la femme, antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce (≤ 55 ans chez un homme apparenté du premier degré ou ≤ 60 ans chez une femme apparentée du premier degré), tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, HDL-cholestérol $\leq 0,4$ g/l et hypertension artérielle.

Quatre niveaux de RCV établis
Le risque faible correspond à un résultat SCORE $< 1\%$, ou 0 ou 1 facteur de RCV. L'objectif est un LDL-c $< 1,9$ g/l. « Un LDL $> 1,9$ g/l, en particulier dans un contexte familial ou personnel de maladie cardiovasculaire précoce ou d'hypercholestérolémie familiale doit faire évoquer une hyper-

cholestérolémie familiale génétique », rappelle le Pr Valéro.

Le risque intermédiaire est défini par un SCORE compris entre 1 et $< 5\%$, ou la présence de 2 facteurs de RCV. Les diabétiques de type 2, les diabétiques de type 1 âgés de plus de 40 ans et dont le diabète évolue depuis plus de 15 ans sans autre facteur de risque tout comme les insuffisants rénaux modérés (clairance de la créatinine comprise entre 45 et 60 ml/mn en tenant compte de l'âge) rentrent dans ce niveau de risque. L'objectif est un LDL-c $< 1,3$ g/l. Dans ce niveau de risque, pour fixer la cible d'autres paramètres sont également à prendre en compte, comme le choix du patient ou une maladie associée (exemple : maladie inflammatoire chronique) et le praticien peut s'aider dans sa démarche d'outils comme le score calcique ou la recherche de plaques carotidiennes évoluées.

Le niveau de risque est considéré comme élevé lorsque le SCORE est compris entre 5 et $< 10\%$ ou que le patient a au moins 3 facteurs de RCV. Ce niveau de risque concerne également tous les diabétiques de type 2 et de type 1 avec 1 facteur de RCV et les insuffisants rénaux avec une clairance de la créatinine < 45 ml/mn (hors dialyse). Dans ce cadre, l'objectif est un LDL-c < 1 g/l.

Enfin, le niveau de risque est reconnu comme très élevé en cas de SCORE $\geq 10\%$, de diabète de type 2 ou de type 1 avec au moins 2 facteurs de RCV ou une atteinte d'organe (néphropathie avérée ou rétinopathie évoluée) et chez tous les patients en prévention secondaire. L'objectif est un LDL-c $< 0,7$ g/l, ou sa réduction d'au moins 50%.

Comment atteindre les objectifs ?

Tous les patients doivent bénéficier de mesures hygiéno-diététiques (MHD), sauf en cas de risque faible et de LDL-c $< 1,3$ g/l. La baisse du LDL-c constitue la priorité si les triglycérides sont < 5 g/l. Le traitement de première intention fait appel à une statine. Si une statine à la puissance nécessaire et à la bonne dose n'est pas assez efficace, de l'ézétimibe est associé.

Un avis spécialisé est de mise avant l'ajout de fénofibrate chez un patient à l'objectif de LDL-c avec la statine mais ayant d'autres anomalies lipidiques associées : TG ≥ 2 g/l et HDL-c $\leq 0,4$ g/l chez un patient à RCV élevé ou très élevé. En cas d'hypertriglycéridémie ≥ 5 g/l malgré les MHD, un traitement par fibrate peut être instauré en première intention.

Dr Isabelle Hoppenot

D'après un entretien avec le Pr René Valéro, membre du groupe de travail commissionné par la SFE, la SFD et la NSFA Working group commissioned by the French Society of Endocrinology (SFE), Francophone Society of Diabetes (SFD), The New Francophone Society of Atherosclerosis (NSFA). Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults. Diabetes & Metabolism, on line; La Revue du Praticien, publié en Septembre 2016.



Santé humanitaire Les TIC au service du soin : une expérience menée par Datasanté au Mali

Santé Sud proposait pour sa 11^e journée provençale de santé humanitaire, de porter un regard sur « la Santé demain. » Une expédition vers le futur, en s'attardant sur ces changements qui modifient déjà les pratiques des soignants et des patients, et qui concernent tous les habitants de la planète.

● Les nouvelles technologies, notamment en matière d'information et de Communication (TIC) ont totalement bouleversé les usages au service des populations parmi les plus isolées.

C'est ce que montre un programme conduit par l'association Datasanté avec Santé Sud, d'abord expérimenté à Madagascar et au Bénin et aujourd'hui implanté au Mali. « Il s'agit d'un programme d'information mobile et connecté en 3G, au service de la santé reproductive », explique le Dr Pierre Costes, médecin généraliste, secrétaire général de l'association. »

Un dossier médical individualisé par DataSanté

Ce dernier, ancien président de MGFrance, précurseur de l'informatisation du système de santé français, a lancé depuis plusieurs années ce chantier, pour mettre ces avancées technologiques au service des patients et des soignants. « J'ai constaté que, dans ces terres isolées, les médecins passent beaucoup de temps à faire des papiers et remplir des registres pour servir à l'observation. Registre de suivi des pathologies par tranche d'âge et par sexe, registre des accouchements, des consultations prénatales, de suivi de la malnutrition, des vaccinations, du paludisme, de la tuberculose, etc. Ils n'en peuvent



JUSTINE MONTMARCHÉ

La santé de la mère et de l'enfant, la principale cible du programme

plus ! Les personnels des CSCOM consacrent plus des deux tiers de leur temps aux rapports au détriment du soin à la personne. C'est de ce constat qu'est née la dynamique Datasanté au sein de Santé Sud », explique le Dr Costes. C'est ainsi qu'est née la notion de dossier médical partagé avec la création d'un fichier patient dans chaque centre de soins primaires pour éviter la surcharge de papiers. « Pour le médecin responsable du centre, qui coordonne l'équipe, le codage instantané des pathologies lui fait économiser deux à trois journées de travail, chaque mois, pour établir ses rapports épidémiologiques obligatoires. Mais cela signifie aussi, qu'au-delà du dossier individualisé, il peut avoir accès à de la documentation, de la communication à distance, et tout cela avec un serveur local, une connexion en 3G, une alimentation électrique permanente et des tablettes. »

Les relais locaux de santé Sud ont aidé à venir à bout des freins culturels et des difficultés contextuelles comme l'absence d'électricité. En

octobre 2016, après 10 mois de pratiques, l'association peut se réjouir de la création de 15 000 dossiers. Et les soignants concernés en mesurent déjà les bénéfices. D'un simple coup d'œil, le soignant peut voir si la maman et l'enfant sont à jour de leur vaccination ou d'autres points sensibles comme la malnutrition. Le suivi s'en trouve renforcé. Et donc plus efficace. D'ici à fin 2017, l'association a pour objectif d'équiper 13 centres de santé au Mali. « On parle déjà aussi de l'adapter à d'autres pathologies, par exemple la santé mentale, ou encore à des pays comme la Tunisie, annonce le Dr Costes. Ces outils comblent vraiment un besoin, et partout où je vais, je constate que la soif est intense. » D'autres expériences sont menées ailleurs en Afrique sur le stockage de données par des opérateurs comme Orange Healthcare.

De notre correspondante,
Hélène Foxonet

Pédophilie et agressions sexuelles Mettre la prise en charge médicale au premier plan

Quand on évoque la pédophilie et les violences sexuelles au général, l'horreur des faits décrits débouche obligatoirement sur des débats de Société, opposant « laxistes » et partisans d'une plus forte répression. On parle finalement peu de médecine et l'on a tort comme le montre fort bien le Dr Violaine Guérin dans son ouvrage « Pédophiles et autres auteurs d'agressions sexuelles » (1).

● Ce livre qui balaye de façon exhaustive le sujet des violences sexuelles n'est pas pour autant un traité de médecine car le Dr Violaine Guérin a bien conscience « des tabous, peurs individuelles et collectives, omertés... » qui rendent difficile l'évolution du regard de la société sur cette violence.

Sans parler des freins, en tous genres, notamment au niveau politique. Problème de société donc qui interpelle tout citoyen. Mais le Dr Guérin, gynécologue, réagit obligatoirement comme soignante, ce qui l'a conduite à créer en 2013 l'association « Stop aux violences sexuelles » qui porte un projet de santé publique « visant à éradiquer les violences sexuelles selon une stratégie de type vaccinal ». Avec des messages clés : pour proposer des soins pertinents et

nécessairement étiologiques, il faut comprendre ce que sous-tend cette violence ; Pour cela il faut libérer la parole des victimes, en les encourageant à entrer dans un processus thérapeutique ; cela dans le but de guérir, grâce à un parcours de soins très concret, multidisciplinaire, avec une approche holistique ; la reconnaissance de ces souffrances, sous ses multiples formes, n'est possible que par la sensibilisation et une meilleure formation de tous les soignants, à commencer par les généralistes.

Pour toutes ces raisons, la prise en charge médicale des victimes doit être largement améliorée. Mais traiter les victimes n'est pas la seule priorité car la prévention est la vraie solution, à terme. Raison pour laquelle le Dr Violaine Guérin milite pour l'imprescriptibilité de ces violences et de ces crimes : « Il faut pouvoir mettre à tout moment les auteurs d'agressions sexuelles en obligation de soin ». Pour Violaine Guérin, « cette violence doit être éradiquée car elle détruit l'humanité ». Un combat dont l'importance est difficile à nier à une époque où le viol devient une arme centrale pour tous les barbares qui sillonnent la terre.

Dr Alain Marié

(1) Tanemirt Éditions, 262 pages, 25 euros

France-Mexique

Nutrinet, un exemple de projet collaboratif

Le 26^e Congrès européen d'hypertension artérielle et de la protection cardiovasculaire (ESH - European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Protection) a été le lieu de rencontre et de participation entre les autorités médicales mexicaines et françaises autour de l'obésité et de l'hypertension artérielle (HTA). C'est à l'initiative du Dr Marilucy Lopez-Sublet (médecin interniste et hypertensiologue à l'hôpital Avicenne, AP-HP), en tant que secrétaire adjointe de la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA) et membre du comité scientifique local de l'ESH, qu'une « Joint session franco-mexicaine » a été organisée. Des autorités des deux pays ont participé à cette rencontre parmi lesquels le Dr José Angel Córdova Villalobos, membre de l'Académie nationale de médecine en France et au Mexique et ministre de la Santé au Mexique (2006-2011) ou le Dr J. Armando Barriguete Melendez, président de la fondation franco-mexicaine de médecine, membre de l'Académie nationale de médecine en France et de l'Académie mexicaine de chirurgie, coordinateur principal du programme « NutriNet Santé Mexico 2016-2026 ». Ce programme sur les comportements alimentaires et les relations Nutrition - Santé est en cours de déploiement au Mexique.