



LA PRISE EN CHARGE DU DIABÉTIQUE INSUFFISANT RÉNAL

MISE AU POINT
Diabétologie La gestion rigoureuse des médicaments anti-diabétiques et anti-hypertenseurs est indispensable pour éviter la progression vers le stade d'insuffisance rénale terminale et pour prévenir les complications cardio-vasculaires. → lire page VI

CAS CLINIQUE & EBM
Bronchiolite Quid de la kinésithérapie ? → lire page III

NOUVELLES CONSULTATIONS
Endocrinologie L'hyperparathyroïdie primaire asymptomatique → lire page V

QUIZ
Évaluez vos connaissances sur legeneraliste.fr

SPL/PHANIE

ZAPPING DIABÈTE : ÊTES-VOUS INERTES ?

Un constat : 41 % des diabétiques de type 2 en France ne sont pas aux objectifs d'HbA1c, avec en 2007 un taux moyen supérieur à 7 % (1). Entre 2001 et 2007, la diminution moyenne de l'HbA1c n'a été que de 0,3 %. En cause, le manque de suivi des recommandations de la part des prescripteurs, surtout en termes d'ajustement du traitement en fonction de la valeur d'HbA1c.

→ Telles sont les conclusions de l'étude DIAttitude parue dans le dernier numéro de *Diabetes & Metabolism*, dont l'objectif était de décrire les pratiques des généralistes français quant à l'intensification des traitements hypoglycémiant selon le niveau d'HbA1c chez les diabétiques de type 2 (DT2). Les médecins participants (236) ont inclus 2109 patients DT2 traités uniquement par hypoglycémiant oraux depuis 6 mois. Plus de la moitié des patients (52 %) étaient traités par monothérapie, 33 % par bithérapie, et 14 % par tri ou quadrithérapie. Parmi les 1 732 patients pour lesquels on disposait d'une valeur d'HbA1c datant de moins de 6 mois, 41 % **nécessitaient une intensification du traitement, surtout s'ils étaient traités par mono- ou bithérapie. Mais seuls 7 % d'entre eux en ont bénéficié**, le traitement restant inchangé pour les 93 % restants.

→ La non-intensification du traitement était justifiée par un taux d'HbA1c satisfaisant pour 53 % des médecins, bien que dans 37 % des cas, l'HbA1c excède 7 %. Parmi les autres raisons, figuraient le souhait de renforcer d'abord les mesures hygiéno-diététiques (20 %), la décision de repousser la modification thérapeutique à la prochaine visite (11 %), la diminution de l'HbA1c depuis la précédente visite (7 %), la priorité donnée à une autre pathologie que le diabète (6 %) et, pour 3 %, des raisons tenant au patient

(acceptation du traitement et compliance). Les auteurs concluent que si cette étude met en évidence un comportement témoignant d'une véritable « inertie thérapeutique », elle rappelle la **légitimité d'approches privilégiant le renforcement des mesures hygiéno-diététiques avant intensification du traitement médicamenteux ou la prise en compte de la fragilité de certains patients.**

→ Une publication, parue dans le même numéro de *Diabetes & Metabolism*, analyse ce qui se profile derrière le concept d'inertie thérapeutique, à la lumière de la spécificité de l'exercice de la médecine générale (2). Plusieurs situations peuvent ainsi passer, à tort, pour de l'inertie : lorsque le médecin prescrit des mesures non pharmacologiques, lorsqu'il ménage son patient en lui laissant le temps nécessaire pour intégrer ces changements dans sa vie ou encore, lorsque la priorité est donnée à un autre facteur de risque cardiovasculaire (cholestérol, PA). L'inertie thérapeutique existe pourtant quand le couple médecin-patient procrastine à mettre en place les modifications thérapeutiques qui s'imposent, lorsque la résignation fait loi ou lorsque la complexité des schémas thérapeutiques fait barrage. Les auteurs appellent de leurs vœux une synergie entre médecins généralistes et diabétologues, qui permettrait au final d'améliorer l'équilibre glycémique des patients.

Dr Pascale Naudin-Rousselle, FMC@legeneraliste.fr

1 - Halimi S, Balkau B, Attali C et al. Therapeutic management of orally treated type 2 diabetic patients, by French general practitioners in 2010: the DIAttitude study. *Diabetes & Metabolism* 2012;38:536-546.

2 - Avignon A, Attali C, Sultan A et al. Clinical inertia: viewpoints of general practitioners and diabetologists. *Diabetes & Metabolism* 2012;38:553-558.

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Linda Sitruk (14.78) rédactrice en chef
lsitruk@legeneraliste.fr
Dr Catherine Freydt,
Dr Pascale Naudin-Rousselle,
fmc@legeneraliste.fr
Les membres de la rédaction signent chaque année une déclaration personnelle d'absence de conflit d'intérêts.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Marc-André BIGARD (Vandœuvre-lès-Nancy),
Dr Philippe BONET (Montbert),
Dr Jean BRAMI (Paris)
Pr Pierre BONFILS (Paris),
Pr Éric BRUCKERT (Paris),
Pr René FRYDMAN (Clamart),
Pr Serge GILBERG (Paris),
Pr Xavier GIRERD (Paris),
Dr Daniel JANNIERE (Paris),
Dr Olivier KANDEL (Poitiers),
Dr Jean LAVAUD (Paris),
Pr Frédéric LIOTÉ (Paris),
Dr William LOWENSTEIN (Boulogne-Billancourt),
Dr Sylvie MEAUME (Ivry-sur-Seine),
Dr Philippe NUSS (Paris)
Pr Christian PERRONNE (Garches),
Pr Pascal RISCHMANN (Toulouse),
Pr Philippe STEG (Paris),
Dr Alain SERRIE (Paris),
Pr Paul VALENSI (Bondy),
Dr France WOIMANT (Paris).