



# Atelier 5 : Déprescription et diabète

---

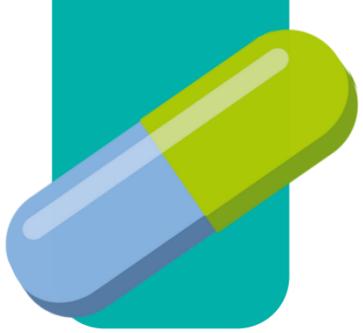
Dr Elisabeth WURTZ - Coordinatrice de l'Unité Prévention Santé, CH Saverne

Mme Alexandra Teitgen - IDE (éducation thérapeutique)

Dr Raoul SANTUCCI - Pharmacien Responsable OMÉDIT

Les Improvisateurs

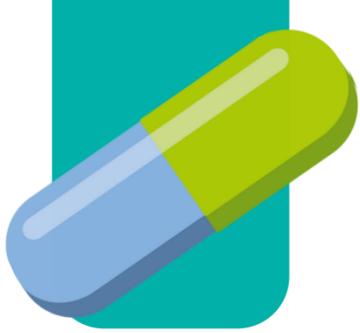




# GÉNÉRALITÉS

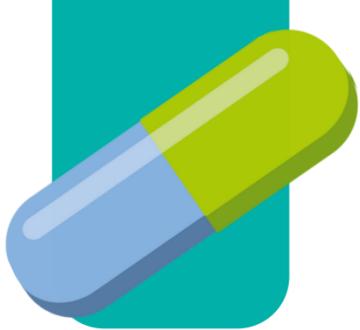
- Le diabète est une maladie chronique incurable
- Le suivi de la maladie est nécessairement prolongé
- Des adaptations thérapeutiques régulières sont indispensables
- Sa gravité est liée aux potentielles complications chroniques susceptibles de se développer





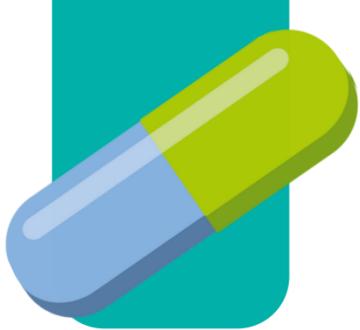
## LES ENSEIGNEMENTS DE L'UKPDS

- Etude randomisée multicentrique. Suivi de + de 5000 patients diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués pendant 20 ans sur 23 sites différents
- A permis de changer de paradigme dans le cadre de la prise en charge des diabétiques de type 2
  - **Un traitement « intensif » permet de réduire significativement la survenue de complication micro et macrovasculaires**
  - **La maladie diabétique nécessite un traitement « agressif » d'emblée afin de minimiser au maximum les complications**



**HBA1C < 7%**





## POURTANT DANS LA VRAIE VIE...

- Au cours du suivi, le prescripteur va devoir « négocier » une escalade thérapeutique souvent mal vécue par le patient
- Le patient est souvent demandeur d'une limitation des traitements malheureusement difficile dans la plupart des cas

**Nécessité d'incrémentation / Souhaits du patient  
Injonctions contradictoires !**



# QUE NOUS DISENT LES RECOMMANDATIONS ?

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % <sup>1</sup>
	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (&lt; 5 ans)</li> <li>■ ou avec des complications macrovasculaires évoluées</li> <li>■ ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (&gt; 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères</li> </ul>	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque</li> <li>■ atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritrunculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieure [IVA] proximal)</li> <li>■ atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques)</li> <li>■ artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique</li> <li>■ accident vasculaire cérébral récent (&lt; 6 mois)</li> </ul>	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A <sup>2</sup> et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures

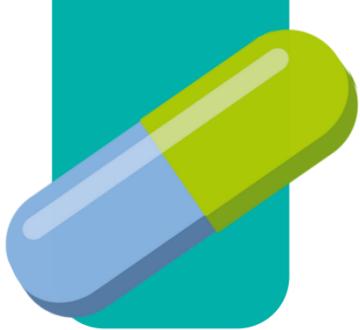
<sup>1</sup> Sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-diététiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (metformine, voire inhibiteurs des alphaglucosidases)

<sup>2</sup> Stades 3A : DFG entre 45 et 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, 3B : DFG entre 30 et 44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, stades 4 : entre 15 et 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> et 5 : < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>



## QUE NOUS DISENT LES RECOMMANDATIONS ?

- Selon les recommandations HAS, il apparait que certains diabétiques sont probablement surtraités !!!
- L'objectif d'HbA1C < 7% n'est pas valable pour tous les diabétiques
- La pertinence des traitements doit être reconsidérée pour les patients à la lumière de leurs **objectifs réels et personnels d'HbA1C qui sont évolutifs au cours de leur vie de diabétiques**



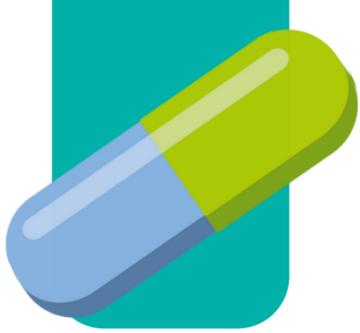
# LA DÉPRESCRIPTION DOIT S'ENVISAGER AU COURS DU DIABÈTE

- Déprescrire en priorité les antidiabétiques oraux susceptibles d'induire des hypoglycémies
  - Sulfamides hypoglycémiants et Glinides
- Adapter les protocoles insuliniques avec définition de nouveaux objectifs glycémiques afin de limiter au maximum les hypoglycémies
  - Diminution des doses
  - Suppression des bolus repas



## ET LA METFORMINE ?

- Reste le traitement de référence dans le diabète de type 2
- Demandes d'arrêt fréquentes. Problèmes de tolérance +++
- Nécessite une adaptation posologique voire son interruption en cas d'insuffisance rénale
  - 2x 500 mg/j maximum si DFG < 60 ml/mn
  - Arrêt si DFG < 30 ml/mn donc déprescription
- Une déprescription peut s'envisager pour légitimer une intolérance sévère auprès des professionnels de santé ressource du patient



# ANALOGUES DU GLP1

- La déprescription peut se justifier :
  - En cas de risque de dénutrition notamment chez le sujet âgé fragile
  - Si l'objectif de poids est atteint
- La problématique du surpoids est à relativiser au cours du vieillissement
  - Risque de dénutrition
  - Risque de sarcopénie



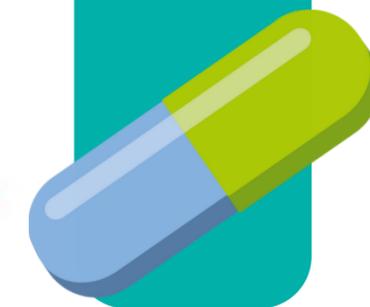
# L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UN OUTIL DE FACILITATION À LA DÉPRESCRIPTION

- La déprescription ne doit pas être une démarche unilatérale portée par les seuls professionnels de santé
- Elle engage avant tout le patient qui doit y être associé
- **L'éducation thérapeutique du fait de sa philosophie et de ses modalités est un complément indispensable à la réussite d'une démarche de déprescription**



# L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : LES FONDAMENTAUX

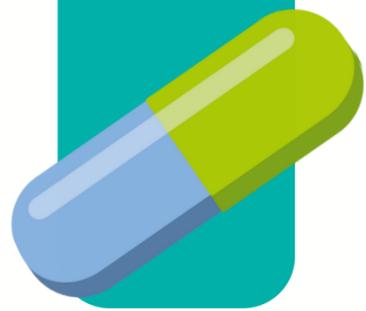
- Démarche centrée sur le patient
- Repose **sur l'écoute du ressenti et des représentations** du patient
- Diffère radicalement d'une attitude paternaliste et autoritaire
- **Engage et responsabilise le patient** dans un projet fondé sur **l'alliance thérapeutique**



# CAS CONCRETS

---





# CAS CLINIQUE 1



Femme de 80 ans  
diabétique de type 1  
depuis l'enfance



Rigoureuse, consciencieuse, un rien  
obsessionnelle (carnet propre,  
parfaitement tenu, hyperglycémies  
systématiquement soulignées)

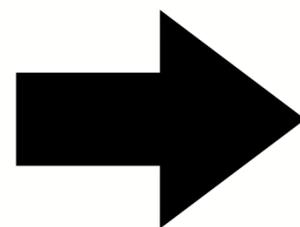


Paniquée à l'idée que sa glycémie  
dépasse 1,5 g/L par peur des  
complications



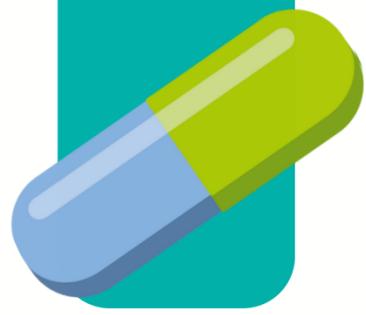
Depuis toujours  
insulinothérapie optimisée

Proposition d'arrêter  
ses injections d'insuline  
rapide en raison de  
plusieurs chutes dans  
un contexte  
d'hypoglycémies



Mme M ne comprend  
pas cette proposition  
et n'y adhère pas



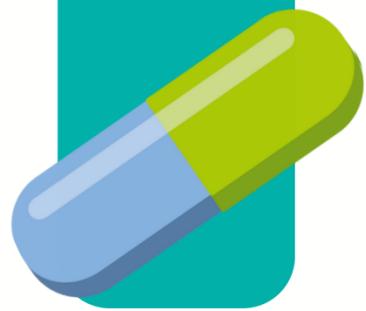


## CAS CLINIQUE 1



Grâce à l'ETP on réussit à comprendre que :

- Mme M se sent abandonné par son médecin
- Imagine qu'elle n'est plus digne d'intérêt car elle est trop vieille
- Depuis l'enfance on lui dit qu'elle va être aveugle si le diabète est déséquilibré. Ne comprend pas le nouveau discours du médecin
- A peur, malgré son âge avancé de développer des complications



## CAS CLINIQUE 2



Homme de 28 ans,  
obésité dans  
l'enfance



Alerte en 2023 :  
hyperglycémie régulée par un  
régime strict

- Dans le contrôle surtout de tout ce qu'il met en bouche
- N'aime pas les médicaments
- Activité physique intense (2H30 de sport 5X par semaine)



Diabète découvert en février 2025 avec nécessité d'hospitalisation  
À la sortie Metformine 500mg 3x/j et Répaglinide\* 4mg 3x/j

~~X~~ À son retour à domicile arrêt de tous les traitements, persuadé de réguler son diabète grâce à l'AP et l'alimentation en maintenant sa surveillance glycémique

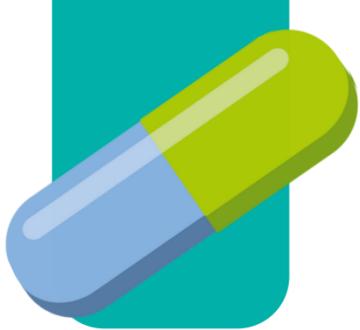


## CAS CLINIQUE 2



Grâce à l'ETP on réussit à comprendre que :

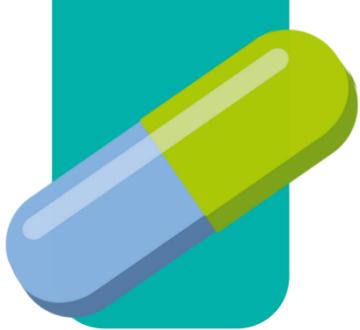
- Mr H pense qu'il pourra se passer des traitements en étant dans l'hyper contrôle de son hygiène de vie
- Que pour comprendre le diabète il a besoin de faire ses propres expériences
- Attitude choisie : respect des souhaits du patient et RDV rapprochés



# ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) EN PRATIQUE

- Entretiens et ateliers individuels
- Pluridisciplinarité
- Complémentarité
- Concertation entre les acteurs
- Adaptation et souplesse
- Ateliers collectifs

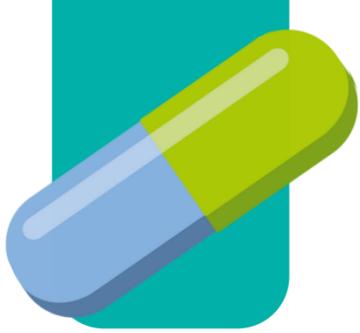




# LES ATELIERS COLLECTIFS : UN LEVIER POUR L'ADHÉSION AU TRAITEMENT

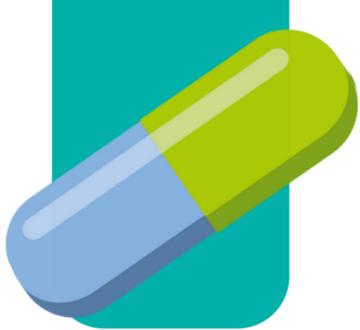
- Echange d'expérience
- Valeur de la parole de pairs
- Déconstruire les fausses croyances
- Compréhension des traitements
- Clarification des craintes
- Motivation et adhésion



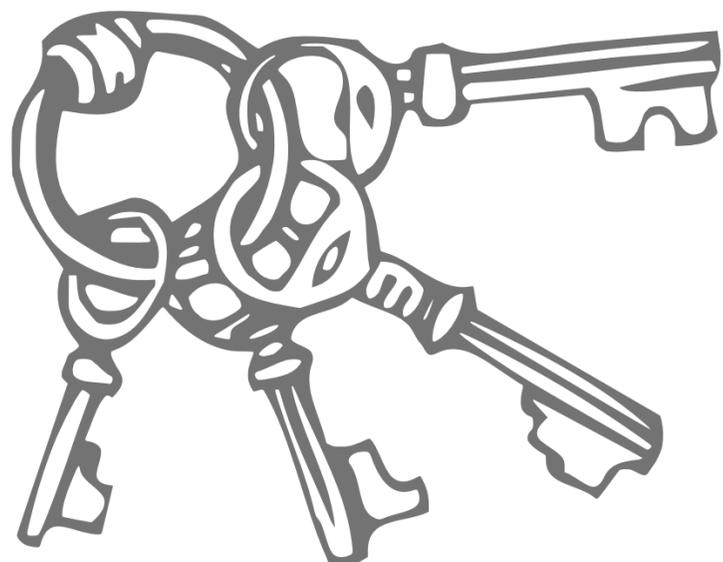


## EN VRAI, ÇA SE PASSE COMMENT ?

- Deux cas de figure peuvent s'envisager
    - Le médecin souhaite interrompre un traitement
    - Le patient souhaite interrompre un traitement
- 
- Si les deux parties partagent le même souhait au même moment : pas de difficulté majeure ➡ Déprescription
  - Il faudra cependant s'assurer que les motifs de l'arrêt du traitement soient clairs et partagés afin d'éviter des malentendus et de provoquer des difficultés lors de nouvelles prescriptions



# LE MÉDECIN SOUHAITE ARRÊTER UN TRAITEMENT

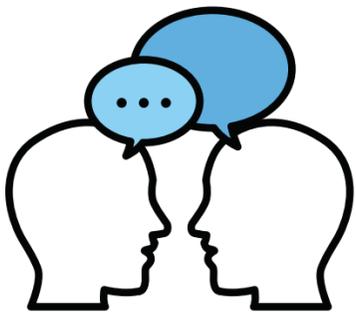


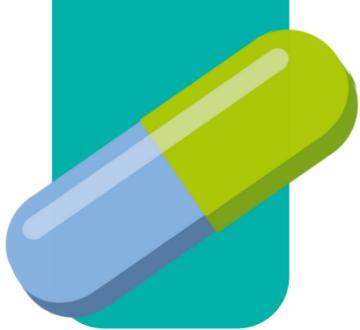
- Il propose et n'impose pas son point de vue
- Il explique et donne les motifs de sa proposition
- Il tient compte du ressenti du patient et l'invite à réagir à la proposition



# LE MÉDECIN SOUHAITE ARRÊTER UN TRAITEMENT

- Le patient adhère d'emblée et la démarche de déprescription peut démarrer
- Le patient est réticent à l'arrêt du traitement
  - Explorer les raisons : représentations quant à l'efficacité, à la tolérance, à la sanction cachée...
    - « C'est le médicament qui est le plus efficace pour faire baisser ma glycémie et vous voulez l'arrêter??... »
    - « C'est le seul traitement que je supporte vraiment bien... »
    - « Si vous m'arrêtez ce traitement ça veut dire qu'il m'en faut un plus fort... »
    - « Si vous simplifiez mon traitement ça veut dire que je ne vau plus la peine d'être soigné... »





# LE PATIENT VEUT ARRÊTER UN TRAITEMENT

- Situation plus fréquente qu'on ne le pense → inobservance dissimulée

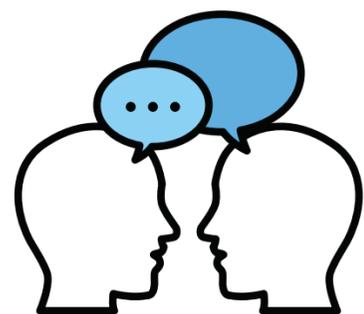
- Causes :

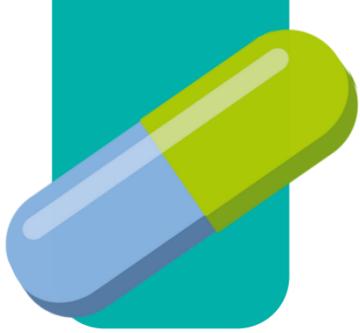
- Mauvaise tolérance, peur des effets secondaires

- Croyances, représentations, bouche à oreille

- « J'ai lu la notice et je me suis rendu compte que j'avais tous les effets secondaires... »

- « J'ai un ami diabétique qui s'est retrouvé en réanimation à cause de ce traitement. Je ne veux pas finir comme lui... »





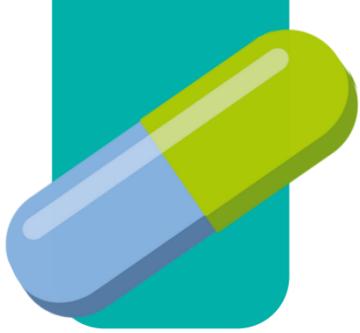
# LE PATIENT VEUT ARRÊTER UN TRAITEMENT

- Si l'intérêt de maintenir le traitement est faible, il vaut mieux répondre à la demande du patient.
  - Limitation du risque d'inobservance
  - Consolidation d'une relation de confiance
- Surtout ne pas braquer le patient
- Prendre le temps du recul. Parfois le patient doit faire ses propres constats et expériences.
- Faire confiance au patient et respecter ses souhaits



# LE PATIENT VEUT ARRÊTER UN TRAITEMENT

- Si l'intérêt de maintenir le traitement est important
  - Expliquer clairement les effets bénéfiques attendus du traitement et les risques de son interruption
  - Négocier et discuter autour d'alternatives
  - **Respecter quoiqu'il arrive le choix du patient pour garder le lien et maintenir la confiance.** La déprescription pourra se faire à un autre moment lorsque le patient aura cheminé.
  - **Défaut parfois du médecin de vouloir aller trop vite**



## CONCLUSION

- La déprescription doit s'envisager au cours du diabète
  - Vieillesse et évolution prolongée de la maladie
  - Complication macro vasculaire sévère
  - Survenue d'une insuffisance rénale
  - Si le patient le souhaite...
- **L'ETP facilite la démarche de déprescription et permet de préserver l'alliance thérapeutique**