

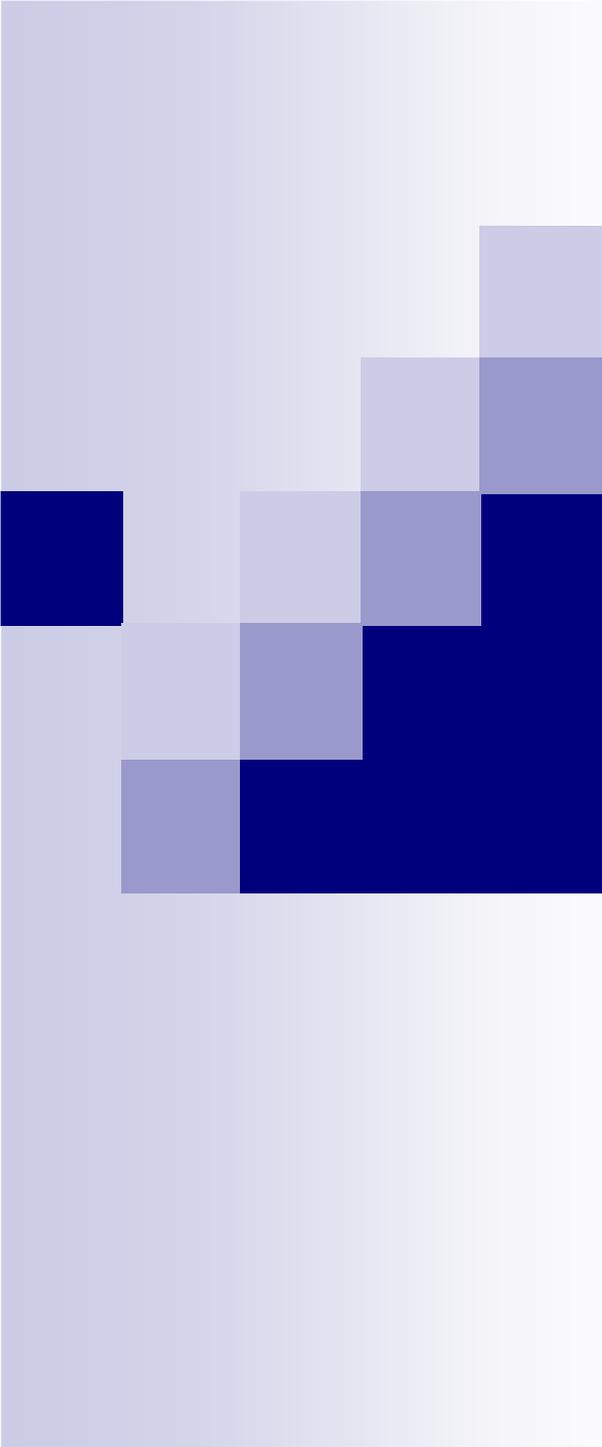
Association de
Formation Médicale
Continue
Hazebrouck et Flandre

L'Association de Formation Médicale Continue Hazebrouck et Flandre

Organise en partenariat avec
N.O.R.F.O.R.M.E.D. et l'**U.N.A.F.O.R.M.E.C.**



son 13^{ème} Séminaire conventionné **FPC**
(indemnisé 15 C ou 15 CS par jour)



Pourquoi et comment
passer à l'insuline
un diabétique de type 2 ?



Introduction :

Sur le plan épidémiologique :

- La **prévalence** du diabète de type 2 serait de l'ordre de **2,2%** soit 1,250 millions de personnes en **1995** ^[1]
- **4%** soit environ 2,5 millions de personnes en **2003** ^[2]
- Cette prévalence serait de **5,2% chez les 35 à 65 ans**
- Avec l'arrivée des «baby boomer» dans cette tranche d'âge, l'augmentation de l'espérance de vie et la modification des habitudes alimentaires, on s'attend à une **véritable épidémie de diabète**

[1] HAS/AFSSAPS. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion des complications. Paris 2006/2007.

[2] *International Diabetes Federation, 2003 : "Diabetes Atlas, Second Edition."*



Introduction :

Sur le plan socio-économique :

Cette pathologie, par le poids de ses complications, représente

- **un enjeu économique important**
- **et un retentissement potentiel considérable sur la qualité de vie (cécité, amputations, AVC, dialyse ...)**

Introduction :

Sur le plan médical (1) :

- Les MG sont les **premiers prescripteurs** d'antidiabétiques oraux
- L'étude UKPDS^[1] nous a appris que l'évolution de la maladie se fait vers une **dégradation progressive** et quasi inéluctable de la **sécrétion endogène d'insuline**
- Elle nous apprend également, sur le traitement intensif du diabète de type 2 par l'insuline^[2] que la **diminution de l'hémoglobine glyquée s'accompagne d'une baisse proportionnelle de la morbidité**

[1] United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Ann Intern M. 1998 ; 128 : 3 165-1 75.

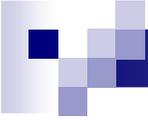
[2] Ohkubo Y, et coll L'insulinothérapie en injections multiples retarde l'apparition des complications microvasculaires du DNID. EBM 1996 ; Nov 4-17.



Introduction :

Sur le plan médical (2) :

- Le passage à l'insuline deviendra donc de **plus en plus utilisé** pour abaisser l'hémoglobine glyquée
même si l'insuline n'a pas montré sa supériorité sur le régime alimentaire, l'exercice physique et le traitement oral
- Les dernières recommandations de la HAS vont dans le sens
 - d'une **intensification du traitement**
 - et d'un **abaissement de l'objectif du taux d'hémoglobine glyquée**



Justification et intention générale du projet de formation

- Beaucoup de généralistes sont **réticents** à proposer et instaurer une insulinothérapie **souvent par méconnaissance des modalités pratiques.**
- Le médecin généraliste doit se former pour connaître
 - les **indications de l'insulinothérapie** telles qu'elles sont définies par la HAS et par l'AFSSAPS
 - les **critères de sécurité** pour le patient
 - les **modalités pratiques de mise en œuvre et de suivi**
 - Il doit connaître les **nouvelles insulines**, les **nouveaux matériels** destinés à faciliter la vie des patients



Objectifs pédagogiques généraux :

- connaître les indications de l'insulinothérapie dans le diabète de type 2
- négocier avec le patient le passage à l'insuline
- prescrire de l'insuline à un diabétique
- éduquer un diabétique qui reçoit pour la première fois de l'insuline



Intervenants :

- **Dr Christine LEMAIRE**
- **Mme Claudine MAJ**
- **M Michel DELENGAIGNE**
- **Mme Sonia ABDELHALIM-DHENNIN**



Dr Christine LEMAIRE

- Diabétologue hospitalier - Chef du service d'Endocrinologie du CH Béthune
- Secrétaire de PrévArt (réseau Prévention Vasculaire Artois)



Mme Claudine MAJ

- I.D.E.
- Coordinatrice et Formatrice à PrévArt



M Michel DELENGAIGNE

- Vice président de l'Association des Diabétiques du Vert Pays d'Artois (ADVPA) (affiliée à l'Association Française du Diabète)



Mme Sonia ABDELHALIM-DHENNIN

- Psychologue dans le Service d'endocrinologie du CH Béthune



Animateurs :

- **Dr Géry AFCHAIN**
- **Dr Arnaud DEFIVES**
- **Dr Laurent VERNIEST**
- **Dr Daniel VANDENBROUCKE**



Méthodes de travail

- Séparation en 2 OU 3 groupes

ATELIER ou **TABLE RONDE** ou **Jeu de Rôle**

autour de **CAS CLINIQUES**

- Pause

- Retour en séance plénière

RAPPORT des groupes

SYNTHESE des experts

- **PLENIERE** Exposés de nos intervenants



Jeudi matin :

- **Séquence 1** : *Les représentations de l'insulinothérapie.*
- **Séquence 2** : *Les stratégies thérapeutiques dans le diabète avant la mise sous insuline ou ce qu'il faut avoir fait avant de mettre sous insuline.*



Jeudi après-midi :

- **Séquence 3** : *Les différentes insulines et leur cinétique.*
- **Séquence 4** : *La prescription et l'adaptation des dose.*
- **Séquence 5** : *Le matériel de l'insulinothérapie.*



Vendredi matin :

- **Séquence 6** : *Comment passer à l'insuline. S'adapter au patient et le former.*



Vendredi après-midi :

- ***Séquence 7 : Insuline et relation médecin malade.***

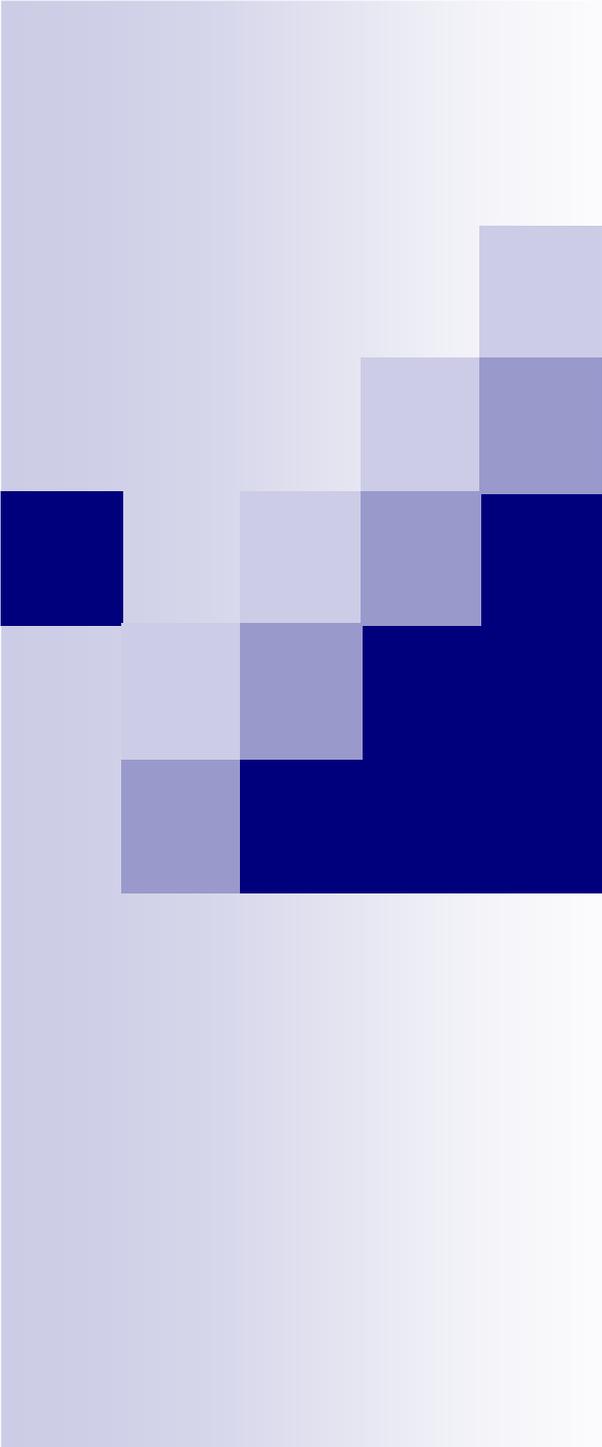
Consignes :

- Consommations en dehors des pauses et communications téléphoniques à votre charge
- Débrancher les portables 
- Émargement à chaque demi journée
- Ponctualité et respect du timing
 - Pré tests à faire passer



Rappels divers :

- Attestations de participation remises en fin de séminaire
- Chèques de caution également
- Émargement à chaque demi journée



Bonne Formation

**Association de Formation Médicale Continue
Hazebrouck et Flandres**