



Articles publiés
sous la direction de

**ANNE
WOJTUSCISZYN**

Service
d'endocrinologie,
diabétologie et
métabolisme
CHUV, Lausanne

**FRANÇOIS R.
JORNAYVAZ**

Service
d'endocrinologie,
diabétologie,
hypertension et
nutrition,
HUG, Genève

Diabète: et si on se mettait à la place du patient?

Pre ANNE WOJTUSCISZYN et Dr FRANÇOIS R. JORNAYVAZ

Le diabète est une des maladies chroniques les plus fréquentes dans nos sociétés modernes: en Suisse, 7,4% de la population en souffre. Mais, finalement, que veut dire exactement vivre avec une maladie chronique?

Une des premières conséquences pour un «malade chronique» est la nécessité d'un suivi médical régulier: c'est donc trouver un médecin en qui remettre sa confiance, c'est vieillir et évoluer avec lui. Nos patients, en effet, vivent avec nous les évolutions (et révolutions?) actuelles de la diabétologie. Elles ont été riches dans le domaine de l'éducation thérapeutique, dans la relation humaine avec les soignants; elles ont été importantes en pharmacologie et restent en constante progression dans le domaine de la technologie. Par exemple, pour les patients diabétiques de type 2, depuis quinze années maintenant, les traitements ne cessent d'évoluer. La mise à jour récente – par l'American Diabetes Association/European Association for the Study of Diabetes et la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie^{1,2} – des recommandations concernant la prise en charge du diabète met clairement en avant les inhibiteurs du SGLT2 et les agonistes du GLP-1. Ces recommandations bouleversent nos pratiques, et parfois déstabilisent nos patients. La place des inhibiteurs de la DPP-4, classe médicamenteuse d'utilisation confortable, sans risque majeur de mauvaise tolérance, sans induction d'hypoglycémie mais également sans effet cardiovasculaire positif démontré, est peut-être plus difficile à trouver actuellement. Cependant, ne faut-il pas oublier les recommandations modernes devant nos patients intolérants, à risque, dénutris, ou ayant présenté des complications sous les nouveaux médicaments stars de la diabétologie?

Pour les patients diabétiques de type 1, modernité rime souvent avec technologie.

Les capteurs de mesure en continu du glucose (MCG) sont omniprésents dans nos consultations, ils ont prouvé leur utilité chez nos jeunes ou nos patients âgés. Les pompes à insuline évoluent et s'adaptent pour une personnalisation toujours plus grande des soins offerts à nos patients. Cependant, la technologie ne remplace pas tout, surtout pas le bon sens.

Vivre avec une maladie chronique, c'est aussi accepter une certaine vulnérabilité. C'est vivre avec la peur de l'apparition de comorbidités. Et elles sont nombreuses. Outre les complications dégénératives

micro ou macro-angiopathiques du diabète, la stéatose hépatique non alcoolique est une complication métabolique extrêmement fréquente chez nos patients: elle toucherait plus de 50% des diabétiques de type 2. La dépistons-nous systématiquement? Pas sûr! Car nous souffrons souvent du flou quant à la méthode d'asser-

tion optimale (les enzymes hépatiques ne sont pas toujours perturbées, et nous n'imposons par la biopsie, méthode de référence, à 50 % de nos patients), et surtout, nous ne savons pas bien la traiter! Un point sur les méthodes actuelles de dépistage et les traitements à venir est donc le bienvenu.

La vulnérabilité de la maladie chronique, les patients transplantés la connaissent bien. Eux qui ont reçu une greffe d'organe savent qu'ils sont plus à risque de développer des complications infectieuses ou néoplasiques sous immunosuppresseurs, même si elles restent rares. Peut-être sont-ils moins informés du risque métabolique qu'ils encourent? Le diabète post-transplantation est une entité diagnostique finalement assez peu connue mais fréquente chez les patients greffés. Une sorte de double peine. Son dépistage, ses présentations cliniques et sa prise en charge diabétologique méritent une mise au point.

**LE DIABÈTE,
SURTOUT S'IL EST
DÉPENDANT DE
L'INSULINE, EST
LA PATHOLOGIE
QUI ENLÈVE LE
PLUS DE SPONTA-
NÉITÉ À LA VIE**

Bibliographie

- 1
– American Diabetes Association. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020 Jan;43 (Suppl. 1):S98-S110.
- 2
– https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_EN_def.pdf

Enfin, vivre correctement avec une maladie chronique c'est se projeter dans un avenir serein, c'est accepter ses contraintes pour construire (se construire?) un futur. Et y penser. Car chacun d'entre nous se construit un futur sans y penser, sans projeter sa propre vulnérabilité physique sur ses proches ou son entourage. La vie, la carrière professionnelle, le couple, l'arrivée d'un enfant dans la famille: tout cela est finalement usuellement assez spontané. Mais le diabète, surtout s'il est dépendant de l'insuline, est la pathologie qui enlève le plus de spontanéité à la vie. Comment partir sur un coup de tête sans ses insulines et sa réserve de capteur? Comment faire la fête jusqu'au bout de la nuit sans craindre une hypoglycémie? Comment penser garder encore nos petits enfants dans dix ans quand les sites de santé connectée nous alarment sans cesse sur les risques encourus par l'hyperglycémie chronique? Alors, bien sûr, le diabète peut avoir un retentissement sur les affects; les contraintes qu'il impose

peuvent limiter la compliance au traitement et un cercle vicieux peut alors s'installer, avec une baisse de l'efficacité thérapeutique, une augmentation du risque des complications chroniques et un nouvel impact sur la psychologie de notre patient.

En ces temps mouvementés de pandémie due au coronavirus, nos patients diabétiques expérimentent la révélation de leur fragilité: ils sont «étiquetés» à risque. Quand nous avons peur pour nos aînés, ils ont peur pour eux et l'avenir de leurs enfants. Quand nous raisonnons en termes de santé publique, ils sont à l'aube de révéler leur santé personnelle à leurs collègues pour aménager leurs postes et se protéger. Dans notre prise en charge globale, c'est le moment de les rassurer si le diabète est bien équilibré ou de les motiver pour une prise en charge plus intensive lors de cette période si particulière de retour à domicile, avec éventuellement, enfin, du temps pour prendre soin de soi