



Introduction d'un programme pilote de prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque

Avis et recommandations du groupe d'experts

DOUCUMENT DE TRAVAIL

Préambule

Ce document est le résultat du travail et des réflexions du groupe d'experts, multidisciplinaire et pluri-institutionnel mis en place par la Cnamts et qui a porté sur la prévention du diabète. Les experts impliqués sont des endocrinologues-diabétologues, médecins nutritionnistes, médecins généralistes, épidémiologistes, professionnels de l'éducation thérapeutique et économistes. Outre la Cnamts et la DGS, ont également participé à ce groupe des représentants de l'InPES, de la Fédération française des diabétiques (AFD) et de la Société française de diabétologie (SFD).

Fondé sur l'avis des experts et sur un travail de revue extensive de la littérature scientifique, ce document dresse une série de recommandations visant à mettre en place un programme de prévention du diabète de grande ampleur en France. Il constitue un cadre méthodologique qui a vocation à guider l'ensemble des acteurs qui seront mobilisés dans sa mise en œuvre.

La Cnamts remercie chaleureusement l'ensemble des experts qui l'ont aidée à porter ce projet.

Composition du groupe d'experts :

Pierre ARWIDSON	INPES
Beverley BALKAU	INSERM
Gilles BIGNOLAS	DGS
Alain BRUNOT	DGS
Bernard CHARBONNEL	CHU NANTES
Joël COGNEAU	Institut de recherche en médecine générale (IRMG)
Bruno DETOURNAY	CEMKA EVAL
Patrice DOSQUET	DGS
Evelyne ESCHWEGE	INSERM
Annick FONBONNE	INSERM / IRD
Pierre FONTAINE	CHRU LILLE / Société francophone du diabète SFD
Jean-Michel OPPERT	APHP / centre de recherche et de médecine de l'obésité
Gérard RAYMOND	AFD
Mélanie SEILLER	CARSAT Nord-Picardie
Paul VALENSI	APHP / Hôpital Jean Verdier

Pour la Cnamts :

Frédéric BOUSQUET, Anne FAGOT-CAMPAGNA, Pierre GABACH, Jean-Luc TOURET, Isabelle VINCENT

Table des matières

POURQUOI UNE EXPERIMENTATION EN PREVENTION DU DIABETE DE TYPE 2 ? 6

1 - OBJECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU DIABETE DE TYPE 2 9

1.1 - OBJECTIFS D'UN PROGRAMME DE PREVENTION DU DIABETE DE TYPE 2 CHEZ DES PERSONNES A HAUT RISQUE	9
1.1.1- LES OBJECTIFS A LONG TERME	9
1.1.2- -LES OBJECTIFS A COURT TERME	10
1.2 - CARACTERISTIQUES GENERALES DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU DIABETE DE TYPE 2	10

2 - DÉFINITION DE LA POPULATION À RISQUE DE DIABETE DE TYPE 2 12

2.1 - DIFFERENTES POSSIBILITES POUR APPROCHER LE STADE DE PREDIABETE	12
2.1.1 - LES DIFFERENTES MESURES DE LA GLYCEMIE ET LEUR UTILISATION EN FRANCE	12
2.1.2 - L'AGE	14
2.1.3 - L'INDICE DE MASSE CORPORELLE	14
2.1.4 - LES SCORES DE RISQUE	15
2.1.5 - LES AUTRES FACTEURS DE RISQUES	16
2.2 - DEFINITION DU RISQUE RETENUE PAR LE GROUPE D'EXPERTS	17
2.3 - LE PROCESSUS DE DEPISTAGE DU PREDIABETE	17
2.3.1 - ROLE DU MEDECIN TRAITANT ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE EN AMONT DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU DIABETE	18
2.3.2	—
DESCRIPTION DU PROCESSUS	19

3 – DESCRIPTION D'UN PROGRAMME-TYPE DE PREVENTION DU DIABETE 23

3.1 – LE FORMAT : LE PROGRAMME EST INTENSIF ET S'INSCRIT DANS LA DUREE	23
3.1.1 – LE FORMAT DE BASE	23
3.1.2 – UN FORMAT ALTERNATIF	24
3.2 – LES PRINCIPES D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PREDIABETIQUES	25
3.2.1 – LE PROGRAMME ADOPTE UNE APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE	25

3.2.2 – LE PROGRAMME EST STRUCTURE AUTOUR D'UN PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT ..	25
3.2.3 – CONTENUS ET METHODES D'ANIMATION.....	26
3.3 – LES OBJECTIFS PEDAGOGIQUES	28
3.4– REFERENTIELS ET OUTILS.....	30
<u>4 – RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME DE PREVENTION DU DIABETE</u>	<u>31</u>
4.1 – LA PREVENTION DU DIABETE NE DEPEND PAS UNIQUEMENT DU SYSTEME DE SANTE	31
4.2 – FAIRE CONNAITRE TRES LARGEMENT LE PROGRAMME.....	31
4.3 – UN ROLE, INFORMATION ET FORMATION DES MEDECINS TRAITANTS.....	32
4.4 – PROFIL DES INTERVENANTS : UN LARGE EVENTAIL POSSIBLE	33
4.5 – GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU PROGRAMME	33
4.5.1 – UN CADRE NATIONAL COMMUN POUR DES PROGRAMMES PILOTES LOCALEMENT	33
4.5.2 – COORDINATION NATIONALE ET REGIONALE.....	34
4.5.3 – ELEMENTS D'ASSURANCE QUALITE	35
4.5.4 – EVALUATION	36

Pourquoi une expérimentation en prévention du diabète ?

L'organisation mondiale de la santé qualifie l'évolution du diabète d'épidémique. En France, 3 millions de personnes ont été prises en charge pour diabète par le régime général de l'Assurance maladie en 2013, ce qui correspond à une prévalence de 5,2% tous âges confondus, de 10,7% entre 55 et 64 ans puis de 17,7% au-delà de 75 ans. La gravité de la pathologie réside essentiellement dans ses complications cardiovasculaires, rénales, ophtalmologiques et neurologiques. Le coût pour l'assurance maladie des dépenses liées au diabète est estimé entre 7 et 12 milliards d'euros selon la méthodologie utilisée (exclusion ou non du coût des complications en particulier cardiovasculaires et rénales), soit au minimum 5% des dépenses remboursées à la population. Effectifs et dépenses ont une forte dynamique annuelle, estimées pour chacune d'entre elles autour de 3%. Les facteurs de risque majeurs du diabète de type 2, lequel représente plus de 94% des cas de diabète, incluent d'une part des facteurs non modifiables comme l'âge et le patrimoine génétique, mais aussi des facteurs modifiables comme l'obésité et la sédentarité.

Les enjeux liés à la prévention primaire du diabète sont donc considérables. Or, l'état des lieux dressé à partir d'un travail de revue de la littérature scientifique fait apparaître qu'il est possible de développer des programmes efficaces – et même coûts-efficaces – de prévention du diabète de type 2 chez des personnes à haut risque. Dès le tout début des années 2000, de grands essais cliniques, réalisés sur une durée relativement courte de moins de 2 ans, dans des pays très différents (Chine, Finlande, Etats-Unis), chez des personnes à un stade dit de prédiabète, ont démontré un impact significatif des modifications de mode de vie sur l'apparition du diabète pendant la période d'intervention, puis à moyen terme au-delà de cette période. Cet impact était même supérieur à celui entraîné par la prise de médicaments. Faisant suite à ces essais cliniques, des expériences nationales ou régionales importantes ont été développées dans plusieurs pays (Finlande, Australie, Etats-Unis) ou sont en cours d'élaboration (Angleterre, phase de large extension aux Etats-Unis), montrant l'intérêt croissant et l'espoir suscités par ce type d'intervention.

Toutefois, il demeure de nombreuses incertitudes. L'efficacité de telles interventions, en dehors du cadre strict de l'essai clinique, peut être fortement liée au contexte épidémiologique (prévalence du diabète et de ses complications, évolutions temporelles), culturel (perception du poids et du risque de diabète, reconnaissance de la gravité de la maladie) et organisationnel des pays dans lesquelles elles sont mises en œuvre. Par exemple, en Australie, les promoteurs ont rencontré des difficultés de recrutement non anticipées. En France, les expérimentations menées font ressortir la difficulté maintenir la motivation et la participation des personnes recrutées, ainsi que la lourdeur de l'organisation à mettre en place (coordination des sessions et des intervenants, relance des participants pour maintenir la motivation, recueil des données pour suivre leur progression et évaluer le dispositif...).

Par ailleurs, il n'existe pas de définition totalement consensuelle de la population à risque. Plusieurs techniques de repérage sont envisageables, mais elles ne permettent pas d'identifier exactement les

mêmes populations, sélectionnant les individus à risque avec une maille plus ou moins grosse, à un des stades dits de prédiabète et en général en présence d'un surpoids. La méthode définie ici par les experts résulte d'un compromis entre les connaissances scientifiques actuelles, la simplicité de réalisation du repérage, sa reproductibilité et son coût. Le choix de la borne d'âge résulte aussi d'un compromis. Si l'on souhaite développer la prévention le plus tôt possible et donc dans les populations les plus jeunes, une borne d'âge plus élevée permet en revanche de cibler une population à beaucoup plus haut risque, ce qui augmente l'efficacité et diminue le coût d'un programme. Ces choix importants devront être réévalués à l'aune des résultats de l'expérimentation du programme.

D'autres incertitudes concernent le formalisme des programmes. Bien que l'intensité et la durée apparaissent très clairement comme les facteurs clés de leur réussite, le design optimal des programmes est mal connu et peut varier sensiblement d'une expérience à l'autre, avec un impact fort sur les coûts de mise en œuvre.

Enfin, les effets à moyen et long terme des expériences naturelles menées dans les pays pionniers ne sont pas connus. On dispose, sur ce point, uniquement des résultats du suivi des cohortes des grands essais cliniques initiaux, donc d'un recul de 15 à 20 ans pour les expériences américaine et chinoise. Dans les deux cas, ces résultats sont encourageants, montrant des effets prolongés, bien qu'atténués au fil du temps, sur l'incidence du diabète et même sur la mortalité dans le cas chinois.

Tous ces éléments soulignent le besoin de mettre en place, en France, un programme pilote à caractère expérimental qui permette de construire une évaluation rigoureuse. Dans l'idéal, les experts recommandent une sélection aléatoire des participants et du groupe témoin. De plus, cette expérimentation doit aussi se dérouler à grande échelle et s'inscrire dans la durée (trois années paraissent un minimum pour pouvoir mesurer des effets sur l'incidence du diabète) de manière à tester à la fois :

- la capacité à mobiliser et à coordonner les différents acteurs concernés : non seulement les participants au programme de prévention, mais également les représentants institutionnels, médecins traitants, autres professionnels de santé, acteurs associatifs, responsables d'activités sportives, etc. ;
- l'efficacité des programmes (impact sur les habitudes de vie, le poids, l'incidence du diabète) ;
- leur efficacité (rapport entre le coût et les résultats).

La prévention primaire des pathologies chroniques non transmissibles est aujourd'hui devenue un enjeu majeur pour les systèmes de santé des pays occidentaux. On dispose aujourd'hui indiscutablement de preuves qu'il est possible d'agir pour diminuer le poids humain et économique de cette maladie. Encore très largement mises en œuvre dans des cadres expérimentaux limités, le défi est de parvenir à adapter ces actions et à concevoir des cadres de fonctionnement à grande échelle et à des coûts supportables pour notre système social. Plusieurs pays se sont déjà lancés dans

cette entreprise ; il est important que la France expérimente et évalue à son tour un tel dispositif, dans des conditions à la fois pragmatiques et optimales.

1. – Objectifs et caractéristiques générales des programmes de prévention du diabète de type 2

1.1 Objectifs d'un programme de prévention du diabète de type 2 chez des personnes à haut risque

Un programme de prévention du diabète de type 2 s'attache, pendant une durée définie, à modifier le mode de vie des personnes à haut risque afin de diminuer l'incidence du diabète à court, moyen et/ou long terme. Il vise ainsi à stabiliser ou diminuer le poids humain et économique de la pathologie sur l'ensemble de la population et sur le système de santé.

Plus précisément, ce type d'intervention consiste à accompagner ces personnes dans la modification de leur mode de vie pour améliorer plus particulièrement leurs habitudes alimentaires et renforcer leur pratique d'une activité physique. Pour cela, il s'appuie sur des modèles théoriques et des techniques validés, comportant des mesures incitatives au changement de comportement, des activités éducatives concernant l'équilibre alimentaire et l'activité physique nécessaires au maintien de la santé. Il comprend également des actions qui favorisent le maintien dans le temps des améliorations obtenues.

Ces programmes doivent par ailleurs s'inscrire, au-delà des individus eux-mêmes et des professionnels de santé concernés, dans des stratégies globales de promotion de la santé permettant la mise en œuvre d'actions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

1.1.1 – les objectifs à long terme

A moyen / long terme, il est attendu que les programmes de prévention du diabète de type 2 contribuent :

- à la baisse ou la stabilisation de l'incidence du diabète de type 2,
- au recul de l'âge d'entrée dans la maladie,
- à la baisse ou au retard de l'apparition de ses complications (cardio-neuro-vasculaires, rénales, ophtalmologiques, neurologiques)
- à la prévention de l'obésité,
- à la réduction des inégalités de santé qui marquent fortement le diabète et l'obésité.

1.1.2 - les objectifs à court terme

Les programmes de prévention du diabète de type 2 doivent amener chaque participant à haut risque de développer un diabète à rechercher:

- une perte d'au moins 5% de son poids initial et le maintien de cette réduction dans le temps,
- un accroissement du temps d'activité physique à plus de 150 mn par semaine,
- une augmentation de la consommation des aliments riches en fibres,
- une diminution de la part des lipides dans la ration calorique quotidienne,
- une réduction des graisses saturées dans la prise alimentaire.

1.2 - Caractéristiques générales des programmes

En amont des recommandations plus techniques qui seront présentées dans les chapitres suivants de ce document, le groupe s'est accordé sur quelques grands principes qui doivent guider la structure générale des programmes de prévention du diabète :

- ✓ ils s'adressent exclusivement à une population à haut risque, *a priori* âgée de 45 à 70 ans avec la combinaison des facteurs de risque suivants : un score de risque élevé sur questionnaire auto-administré, un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m², ce qui définit le surpoids, et une glycémie à jeun ≥ 110 mg/dl. D'autres facteurs de risque tels qu'un antécédent de diabète gestationnel peuvent inciter à considérer l'accès aux programmes de personnes plus jeunes ;
- ✓ ce sont des programmes intensifs qui s'inscrivent dans la durée, les séances devant être rapprochées au début, puis espacées dans le temps ;
- ✓ le médecin traitant apparaît comme un acteur central du dispositif par son rôle en matière de dépistage, de dispensation d'une première information, d'orientation de ses patients vers des programmes et leur suivi et du maintien de la motivation ;
- ✓ les programmes sont centrés sur la personne :
 - ils sont structurés autour d'un processus d'accompagnement du changement en mobilisant des techniques validées,
 - ils sont pragmatiques : ils s'adaptent aux contextes locaux (ressources et populations), ils s'adaptent aux besoins et évolutions des participants au fil du programme,
 - ils incluent un soutien motivationnel ;
- ✓ en amont de la mise en place des programmes, une large communication doit être organisée, au sein des territoires concernés, à destination des personnes potentiellement à risque (mise à disposition de questionnaires auto-administrés permettant de calculer un score de risque), afin de les sensibiliser, de les informer sur l'existence des programmes et de les orienter vers leur médecin traitant. Cette mobilisation géographique est aussi nécessaire pour sensibiliser

l'ensemble de la population autour de la problématique et pour soutenir la motivation des participants et l'engagement des professionnels de santé ;

- ✓ des actions visant à informer, voire à former les professionnels de santé apparaissent également indispensables ;
- ✓ les expériences étrangères montrent que les programmes peuvent être efficacement dispensés en contacts individuels ou en groupes, en présentiel ou à distance, ou en mixant ces différentes possibilités. Toutefois, les considérations économiques doivent conduire à rechercher les solutions les plus efficaces. Des groupes de 10 à 15 personnes sont par exemple recommandés par le NICE ;
- ✓ les programmes peuvent être dispensés par un éventail assez large d'intervenants : professionnels de santé, diététiciens-nutritionnistes, éducateurs sportifs, acteurs associatifs... à la condition de remplir des critères de compétence et de qualification, et d'être formés ;
- ✓ une forte implantation locale des programmes apparaît nécessaire. D'une part, il existe un gradient social fort dans les facteurs de risque liés à l'obésité et au diabète, et il est important d'être au plus près des populations pour les informer et expliquer l'intérêt de ces programmes. À cet égard, le tissu associatif de proximité sera également très utile, dans le maintien de la motivation. Par ailleurs, il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur une offre variée d'activités physiques de proximité, dont une offre d'activité physique adaptée (APA) pour certaines personnes.
- ✓ Les programmes de prévention du diabète devront de plus fournir un ensemble de données recueillies de façon standardisée permettant une évaluation de la faisabilité et une évaluation médico-économique de qualité afin de juger de la pertinence d'une généralisation.

2. Définition de la population à risque de diabète de type 2

2.1 Différentes possibilités pour approcher le stade de prédiabète

Le diagnostic de diabète est posé sur des critères biologiques qui ont été longuement discutés et sur lesquels l'Organisation mondiale de la santé a statué, les dernières fois en 1999¹: il s'agit soit d'un seuil de glycémie à jeun ($\geq 7,0$ mmol/l ou 126 mg/dl), soit d'un seuil de glycémie 2 heures après hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO, $\geq 11,1$ mmol/l ou 200 mg/dl.), soit d'un seuil d'hémoglobine glyquée (HbA1c $\geq 6,5\%$). Ces seuils ont été définis par rapport à un risque de développement de complications microvasculaires. Or les 3 critères ne classent pas de la même façon les populations entre diabétiques et non diabétiques.

De même, des stades dits de prédiabète ont été définis par ces indicateurs biologiques, à des niveaux plus bas, avant donc de franchir le seuil qui définit un diabète : hyperglycémie à jeun (6,1-6,9 Mmol/l ou 110-125 mg/dl), intolérance au glucose (7,8-11,0 mmol/l ou 140-199 mg/dl), élévation de l'HbA1c (6-6,4%). Ce terme de prédiabète fait toujours débat car les personnes ayant une hyperglycémie à jeun ou une intolérance au glucose ou une élévation de l'hémoglobine glyquée ne développeront pas toutes un diabète. En revanche, plus on se rapproche du seuil du diabète défini par l'un de ses 3 critères, plus le risque de franchir ce seuil est élevé... Et plus on combine ces critères biologiques entre eux, ou à d'autres facteurs de risque de diabète (âge élevé, surpoids, obésité, tour de taille élevé, antécédents familiaux de diabète, origine ethnique à risque de diabète, hypertension artérielle, score de risque élevé sur un questionnaire auto-administré qui combine certains de ces éléments à des comportements alimentaires ou au niveau d'activité physique), et plus le risque de développer un diabète est élevé.

2.1.1 Les différentes mesures de la glycémie et leur utilisation en France

Trois tests sont disponibles pour mesurer la glycémie :

- **la mesure de la glycémie à jeun (Gà)** : une glycémie à jeun peut être considérée comme normale entre 0,70 g/l et 1,10 g/l. Selon les recommandations² en vigueur en France (HAS), le diagnostic du DT2 repose sur la mesure de la glycémie à jeun, supérieure ou égale à 1,26 g/l à 2

¹ [Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/NCS/99.2)] et en 2011 [Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of ...www.who.int/diabetes/.../report-hba1c_2011.pdf]

² http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf

reprises. Entre 1,10 g/l et 1,26 g/l, on considère qu'il y a apparition de troubles de la glycémie constituant un facteur de risque de développement futur d'un diabète. La glycémie à jeun présente l'avantage d'être un examen facile à réaliser et peu coûteux. En outre, c'est un examen très fréquemment prescrit dans la population de plus de 45 ans : un assuré sur deux, âgé entre 45 et 70 ans, a fait cette analyse au moins une fois dans l'année. En revanche, la glycémie à jeun présente l'inconvénient de pouvoir varier sensiblement au cours du temps et nécessite en outre le respect d'un jeûne d'au moins 8 heures.

- **la mesure de la tolérance au glucose par une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO).** Ce test nécessite de répéter les mesures de la glycémie et d'ingérer une dose fixe de sucre : une glycémie à jeun est d'abord réalisée puis suivie d'une autre mesure 2 heures après ingestion de 75 grammes de glucose. Une personne présente une intolérance au glucose lorsque le résultat à 2 heures est compris entre 1,40 et 1,99 g/l. Ce test nécessite une période de jeûne, est consommateur de temps pour la personne testée et n'est de fait que très rarement prescrit en ville, sauf indication particulière. Dans les expériences étrangères de mise en œuvre de programmes de prévention en vie réelle, ce test n'est jamais retenu, les promoteurs considérant que sa lourdeur est dissuasive pour les patients et son coût trop élevé.
- **la mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) :** elle est normale lorsque inférieure à 6%. Ce test reflète l'équilibre glycémique sur une période donnée. On considère qu'une personne est diabétique lorsque son HbA1c est supérieure à 6,5%. Une personne présente un trouble de la glycémie lorsque les résultats sont compris entre 6 et 6,5%. Ce dosage nécessite une standardisation de la méthode de mesure, aujourd'hui obtenue sur l'ensemble du territoire français. Il ne requiert pas de période de jeûne. La HAS recommande toutefois d'utiliser la G_àJ pour dépister un diabète, examen six fois moins cher que l'HbA1c, et réserve cette dernière au suivi des personnes diabétiques. Il existe un débat sur le besoin de faire évoluer ces recommandations, parallèlement aux recommandations OMS. Ces recommandations internationales (OMS notamment) vont de plus dans le sens d'une utilisation plus précoce de l'HbA1c dans le dépistage des troubles de la glycémie. Néanmoins, compte tenu des fortes différences de tarifs qui existent actuellement en France avec la G_àJ, la prescription de l'HbA1c pour identifier les personnes à risque n'est pas recommandée par le groupe d'experts. En revanche, si une mesure récente de l'HbA1c a été réalisée à une autre occasion et figure dans le dossier du patient, elle constitue une information utile au repérage du risque de développer un diabète.

Recommandation des experts

Le groupe d'experts estime qu'une mesure récente (moins de douze mois) de la glycémie à jeun est indispensable pour caractériser le risque élevé de développer un diabète, compte tenu des recommandations en vigueur sur le dépistage du diabète en France. Si toutefois, une des autres mesures (HbA1c, HGPO) est disponible dans le dossier du patient, elle peut être utilisée pour éviter aux patients de faire de nouvelles analyses (cf. §2.3 sur le processus de dépistage).

2.1.2 - L'âge

L'effet de l'insuline diminuant avec l'âge, ce dernier constitue l'un des principaux facteurs de risque de développement d'un diabète. Toutefois, la prise en compte de l'âge dans la définition de la population à risque doit aussi être considérée au regard du critère de l'utilité de l'intervention dans une approche populationnelle. Ce point de vue a conduit le groupe d'experts à introduire des limites d'âge, basses et hautes, restreignant l'éligibilité à une intervention à la population âgée entre 45 et 70 ans. Deux types d'arguments ont guidé cette recommandation.

D'une part, concernant la borne haute de 70 ans, les personnes très âgées peuvent souffrir de polyopathologies et la prévention du diabète n'est dans ce cas pas une priorité, notamment en raison de la durée de développement de la maladie, puis de ses complications. En outre, la pratique d'une activité physique doit être adaptée et peut devenir problématique à un âge élevé.

A l'inverse, compte tenu de l'âge moyen d'apparition du diabète qui est d'environ 55 ans en France, il ne paraît pas utile d'intégrer des personnes très jeunes dans les programmes. En effet, pour la très grande majorité d'entre elles, la probabilité de développer un diabète à court terme est très faible. Or, à ce jour, on connaît encore mal les effets des programmes de prévention à long terme. Inclure des personnes jeunes dans les programmes conduirait à augmenter considérablement leur coût pour une efficacité à court / moyen terme très limitée. En outre, des études américaines ont montré que les personnes de plus de 60 ans parvenaient plus souvent que les plus jeunes à atteindre les objectifs de perte de poids et d'augmentation de l'activité physique.

Recommandation des experts

Le groupe d'experts estime que les personnes éligibles à un programme de prévention du diabète de type 2 doivent être âgées entre 45 et 70 ans. Ils préconisent toutefois une exception pour les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel auxquelles les programmes pourraient être proposés dès l'âge de 35 ans. Ces seuils pourront être réexaminés à l'issue de l'expérimentation et en fonction de l'évolution des connaissances sur l'efficacité des programmes.

2.1.3 - L'indice de masse corporelle

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque reconnus dans le développement du diabète. L'indice de masse corporelle (IMC, poids/taille²) est la mesure utilisée internationalement pour qualifier ces situations. Un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² définit le surpoids, et le seuil de 30 kg/m² l'obésité.

Le tour de taille est un autre marqueur important du risque de développer un diabète, et il est plus spécifique que l'IMC. Toutefois, sa réalisation est jugée peu fréquente, peu généralisable en France et un peu plus compliquée que la mesure de l'IMC. Sa mesure est plus sujette à une erreur de mesure. Les experts recommandent que le tour de taille soit mesuré à visée documentaire mais l'IMC lui est préféré pour repérer les personnes à risque de diabète.

Recommandation des experts

Le groupe d'experts considère qu'une mesure de l'IMC est indispensable pour estimer le risque de développement d'un diabète de type 2. Un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² est un critère standard au niveau international.

2.1.4 - Les scores de risque par questionnaire

A l'étranger, différents outils simples permettant de calculer des scores de risque ont été utilisés pour estimer la probabilité de développer un diabète en population générale. Ils se présentent sous la forme de questionnaires – le plus souvent administrables en auto-questionnaires – composés d'un nombre réduit de questions auxquelles le patient doit en principe pouvoir fournir des réponses très rapidement.

Le plus connu et utilisé est le questionnaire développé par des chercheurs finlandais : le Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK)³. Il comprend huit questions correspondant chacune à des facteurs de risque différents : âge, IMC, tour de taille, activité physique, alimentation riche en légumes et fruits, hypertension artérielle, antécédent de glycémie élevée, antécédent familial de diabète. Chaque réponse correspond à un nombre de points qui sont ensuite agrégés en un score total allant de 0 à 28 points. Parmi les personnes totalisant entre 15 et 20 points, il est estimé qu'une sur trois développera un diabète dans les 10 ans. Parmi celles ayant un score supérieur à 20 points, une sur deux développera un diabète dans les dix ans.

Un score spécifique à la France a été développé à partir des données des participants suivis sur 9 ans, dans le cadre de l'étude Désir réalisée dans les centres d'examen de santé⁴. Ce score est toutefois moins connu au niveau international.

³ La HAS recommande par ailleurs l'utilisation de ce questionnaire pour le repérage du DT2 en secteur communautaire. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

⁴ B. Balkau, C. Lange, L. Fezeu, J. Tichet. Un score clinique et simple de risque de diabète - étude D.E.S.I.R. Diabetes & Metabolism, Volume 34, n° S3, pages H17-H18 (mars 2008) Doi : 10.1016/S1262-3636(08)72838-6

Recommandation des experts

Le groupe estime que l'utilisation d'un score de risque est indispensable. Le FINDRISK (validé en français) peut être utilisé en France. Celui-ci doit intervenir à deux niveaux :

- En population générale, c'est un outil de sensibilisation : il doit être largement distribué – y compris sous forme dématérialisée - dans les territoires où des programmes de prévention sont mis en place, ainsi que sur les sites web institutionnels, et administré en auto-questionnaire. Il est accompagné de conseils rassurants, promeut des modifications de mode de vie, et incite toutes les personnes ayant un score supérieur ou égal à 15 à se rapprocher de leur médecin traitant.
- Pour les personnes âgées entre 45 et 70 ans, le questionnaire aide le médecin traitant à sélectionner les personnes pour lesquelles la glycémie doit être vérifiée. Il ne constitue toutefois pas un critère d'inclusion à lui-seul : un score de risque élevé accompagné d'une glycémie normale est considéré comme un risque peu élevé.

2.1.5 - Les autres facteurs de risque

Un antécédent de diabète gestationnel accroît fortement les risques de développement d'un diabète de type 2. Les études Diagest ont montré en France que 10 % des femmes qui ont développé un diabète gestationnel développeront un diabète de type 2 dans les 3 ans suivant l'accouchement (Haute autorité en santé 2005. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel).

Les experts considèrent qu'un programme de prévention devrait être proposé aux femmes concernées dès l'âge de 35 ans.

Hormis les critères décrits précédemment, les experts considèrent qu'ils n'y a pas lieu d'introduire des critères supplémentaires pour définir la population à haut risque à laquelle les programmes de prévention seront proposés.

Les paragraphes suivants présentent une synthèse de ces éléments ainsi que le processus de dépistage qui devra être mis en œuvre.

2.2 Définition de la population à risque de diabète de type 2 et pouvant bénéficier d'un programme de prévention

Pour définir les critères et la méthodologie de repérage de la population à risque de diabète, le groupe d'experts s'est placé dans la perspective de la mise en œuvre d'une expérimentation à grande échelle, incluant 10 000 à 20 000 participants. Ceci les a conduits à réaliser des arbitrages entre la précision des examens biologiques, leur coût et la simplicité de leur réalisation, donc la faisabilité de l'expérimentation. La prise en compte de l'épidémiologie de la maladie, de l'état des connaissances sur l'efficacité des interventions (donc plutôt à court terme) et du coût élevé de ces interventions conduit également à éviter le recrutement trop large d'une population qui n'aurait pas un risque suffisamment élevé de développer un diabète. Cela conduit à écarter une population trop jeune ou trop âgée, ainsi que certains facteurs de risques insuffisamment prédictifs.

Au final, la population éligible à un programme de prévention du diabète de type 2, donc considérée à la fois comme à haut risque de diabète et pouvant bénéficier d'un tel programme, devra correspondre aux caractéristiques suivantes :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avoir un âge compris entre 45 et 70 ans ;• Ne pas être diabétique ;• Avoir une hyperglycémie correspondant au stade de prédiabète : glycémie à jeun (Gà) dans [1,10 ; 1,26[g/l. Ou dans le cas où elle a été précédemment réalisée : HbA1c dans [6,0% ; 6,5%[; (ou HGPO dans [1,40-1,99 g/l[) ;• Etre en surpoids ou obèse (IMC ≥ 25 kg/m²) ; |
| <ul style="list-style-type: none">• Les femmes avec un antécédent de diabète gestationnel constituent un sous-groupe particulier justifiant de modifier les tranches d'âge ciblées : l'inclusion peut avoir lieu à partir de 35 ans. |

Au regard des résultats de l'évaluation, ces critères pourront être révisés pour inclure éventuellement des personnes présentant d'autres caractéristiques.

2.3 Le processus de repérage de la population à risque de diabète

Une personne domiciliée sur le territoire concerné par le programme de prévention du diabète peut remplir un questionnaire FINDRISK, qu'elle y ait accès via un professionnel de santé (pharmacien, médecin traitant ou spécialiste, centre de santé, médecin du travail), un média (en particulier les

sites ameli de l'Assurance maladie, du ministère de la santé, de l'Agence régionale de santé, des associations de patients...) ou par exemple un publipostage concernant sa tranche d'âge (45-70 ans). Elle peut ainsi estimer elle-même, dans un premier temps, son risque de développer un diabète de type 2, et consulter son médecin traitant. C'est en effet essentiellement celui-ci qui va d'une part repérer les personnes à risque dans sa patientèle ou recevoir les personnes consultant pour ce motif, et d'autre part vérifier l'éligibilité de la personne au programme.

2.3.1 Rôle du médecin traitant et des autres professionnels de santé en dans les programmes de prévention

Le groupe d'experts considère que **la vérification de l'éligibilité et l'orientation vers le programme devraient relever principalement du rôle du médecin traitant.**

C'est en effet le médecin traitant qui, au regard des données cliniques et biologiques et de ses échanges avec la personne, sera le mieux à même :

- de réaliser le repérage de la personne à haut risque de diabète à partir des critères d'âge, d'IMC, puis de glycémie,
- de lui prescrire, si besoin, un dosage de glycémie à jeun,
- de lui expliquer ce que signifie être ou non à haut risque de diabète,
- de l'informer de l'existence du programme de prévention et de son importance,
- d'évaluer avec elle ses besoins en matière de soutien à une évolution de ses habitudes de vie, qu'elle participe ou non au programme,
- de lui apporter de façon continue les conseils, le soutien et les encouragements qui pourront l'inciter à s'engager dans le programme, à le suivre et à poursuivre ses efforts au-delà du programme.

Toutefois, en amont de cette phase, les structures en charge du pilotage et de l'organisation du programme devront mettre en place sur le territoire concerné deux types d'action :

- une sensibilisation et information de la population générale sur les facteurs de risque de diabète et leur prévention, ainsi que sur l'existence du programme, conduisant à une orientation ciblée vers les médecins traitants ;
- une information / formation des médecins traitants et plus globalement des professionnels de santé.

Sur ces deux points, le présent document n'a pas vocation à décrire précisément les actions à mener, lesquelles dépendront des choix des sites expérimentateurs et des organisations pilotes. Le document se contente ici d'émettre quelques recommandations qui seront présentées **au chapitre 4**.

2.3.2 Description du processus

En présence d'un patient potentiellement à risque, les étapes suivantes sont proposées au médecin traitant pour établir l'éligibilité à un programme de prévention.

A - Le médecin traitant procède à un repérage du risque de diabète lorsque :

- l'âge de son patient est compris entre 45 et 70 ans (35 et 70 ans pour les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel)
- et
- l'IMC du patient est supérieur ou égal à 25 kg/m².

Ceci, soit

- à l'occasion d'une consultation, s'il juge que son patient est susceptible d'être à risque de diabète.
- ou si le patient vient le voir dans ce but parce qu'il a été sensibilisé à la question.

B – le médecin remplit le questionnaire FINDRISC avec le patient (ou le valide avec lui si ce dernier l'a déjà rempli).

A cette occasion, le médecin prend les mesures de la taille, du poids et du tour de taille.

A cet égard, le groupe d'experts préconise qu'une information soit donnée aux médecins sur la mesure du tour de taille.

C – le médecin recherche dans le dossier du patient la mesure la plus récente de la glycémie, dans la limite des 12 mois précédents.

Le médecin traitant recherche les informations déjà disponibles dans son dossier : antécédents médicaux, poids, glycémie à jeun (GàJ, ou à défaut dosage de l'hémoglobine glyquée ou même HGPO).

C1 – si une mesure de la glycémie de moins de 12 mois est présente dans le dossier :

Le MT confronte les résultats de la glycémie avec ceux du questionnaire FINDRISK

- Une glycémie normale (glycémie à jeun < 1,10 g/l, ou à défaut HbA1c < 6%) est considérée comme équivalent d'un risque peu élevé, quel que soit le score du FINDRISK. Le patient rentre alors dans le cadre habituel du dépistage du diabète selon les recommandations de la HAS, et doit pratiquer une glycémie à jeun tous les 1-3 ans puisqu'il est âgé de 45 ans ou plus et présente un ou plusieurs autres facteurs de risque de diabète⁵.
- Une glycémie élevée (1,10-1,25 g/l) associée à un score de risque du FINDRISK supérieur ou égal à 15 : le médecin informe le patient sur la signification du risque du diabète et l'intérêt de s'inscrire dans un programme de prévention.
- Une glycémie élevée (1,10-1,25 g/l) et un score de risque inférieur à 15 : le médecin prescrit une nouvelle mesure de la glycémie à jeun pour vérifier son niveau et revoit son patient dans un délai raisonnable. (cf. §C2 ci-après).

C2 – si aucune mesure de la glycémie de moins de 12 mois n'est présente dans le dossier :

- Le score de risque est inférieur à 15 : le patient est considéré comme étant à faible risque de diabète et il rentre alors dans le cadre habituel du dépistage du diabète selon les recommandations de la HAS, soit une glycémie à jeun tous les 1-3 ans⁶.
- Le score de risque est supérieur ou égal à 15 : le médecin prescrit une glycémie à jeun et revoit son patient dans un délai raisonnable. Quatre cas se présentent :
 - ➔ La glycémie est normale (<1,10 g/l) : le patient est considéré comme étant à faible risque de diabète et il rentre alors dans le cadre habituel du dépistage du diabète selon les recommandations de la HAS, soit une glycémie à jeun tous les 1-3 ans⁷.

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf

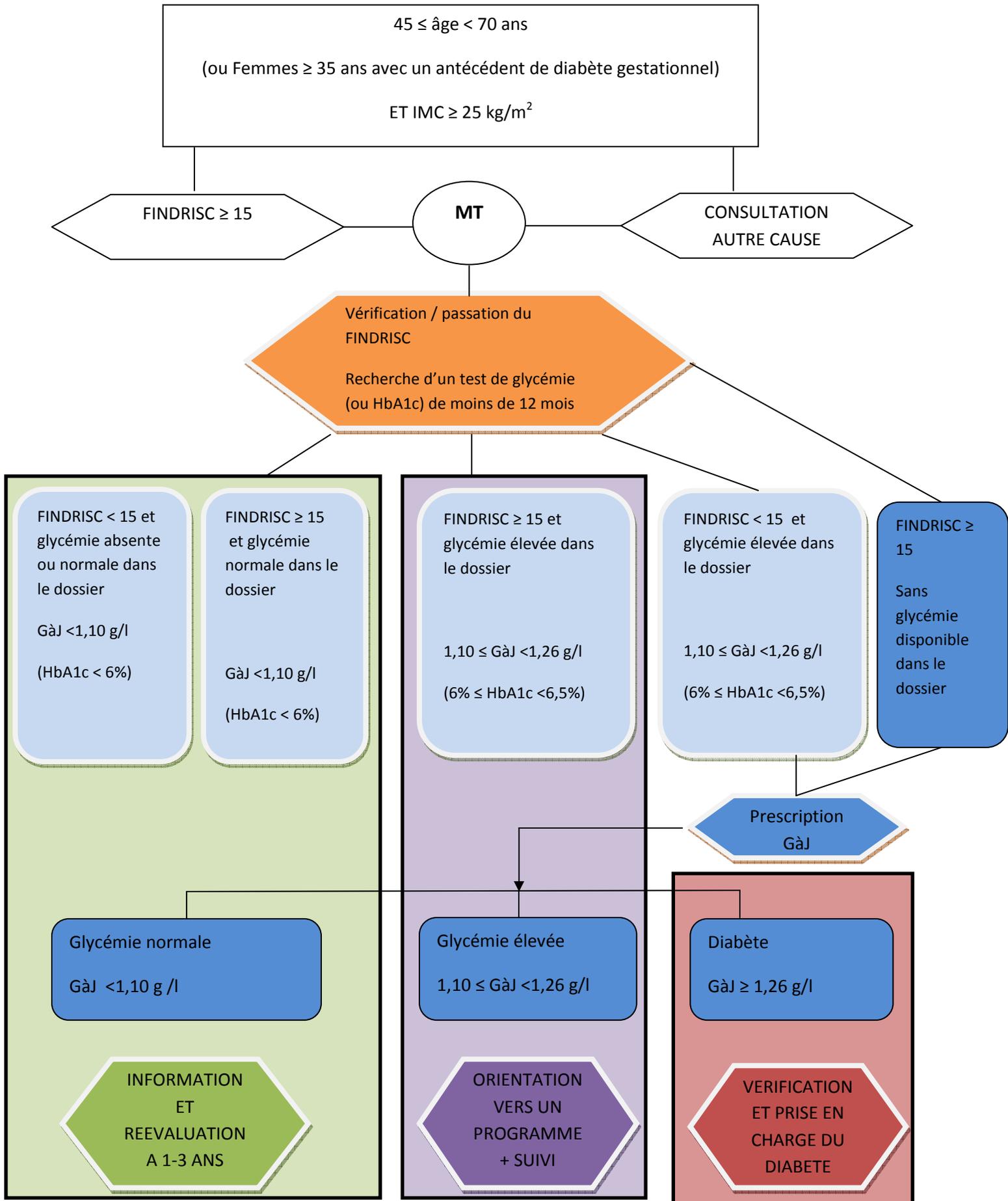
⁷ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf

- ➔ La glycémie est élevée (1,10-1,25 g/l) : le médecin informe précisément le patient sur la signification du risque de diabète et l'intérêt de s'inscrire dans un programme de prévention ;
- ➔ La glycémie est supérieure ou égale à 1,26 g/l mais inférieure à 2,00 g/l: le médecin prescrit à nouveau la glycémie à jeun. Si le taux reste supérieur à 1,26 g/l, le médecin prend en charge son patient pour un DT2 selon le protocole défini par la HAS. Sinon, si la G_aJ est inférieure à 1,26 g/l, il applique l'un des processus décrits ci-dessus selon la valeur de la glycémie.
- ➔ La glycémie est d'emblée supérieure ou égale à 2,00 g/l : le médecin prend en charge son patient pour un DT2 selon le protocole défini par la HAS.

Le patient est donc orienté vers le programme par son médecin traitant après une ou deux consultations (si une nouvelle mesure de la glycémie a été nécessaire). Dans l'un ou l'autre cas, le patient doit être informé sur les points essentiels du programme (objectifs et modalités) par son médecin qui lui transmet également les informations pratiques nécessaires à son inscription. Si le patient refuse, le médecin traitant lui transmet des informations sur son niveau de risque de diabète et le suit selon les critères définis par la HAS.

L'inscription au programme de prévention se fait à l'initiative du patient qui contacte le programme à l'aide des informations fournies par le médecin traitant. L'inscription est effective après vérification des critères d'éligibilité par une personne habilitée du programme. Le médecin traitant en est informé en retour. A la fin du programme, une glycémie à jeun sera prescrite à chaque participant par le médecin responsable du programme. Les résultats de cette analyse, accompagnés d'un bilan général de l'intervention, seront transmis systématiquement au médecin traitant de chaque participant, sous réserve de leur accord.

Le schéma ci-dessous décrit le parcours du patient



3. – Description d'un programme-type de prévention du diabète

Les promoteurs des expérimentations françaises ont fait part de difficultés dans la mise en œuvre de ces programmes de prévention du diabète. Celles-ci sont en particulier liées, d'une part, au faible taux de participation des populations socio-économiquement vulnérables qui sont plus souvent concernées par un niveau de risque élevé, et d'autre part, de manière plus générale, par le maintien des personnes dans les programmes et la baisse de motivation. Ces constats confirment des observations similaires décrites par des expériences étrangères.

Pour pallier ces difficultés, le groupe d'experts recommande que la conception et la mise en œuvre des programmes s'inspirent des grands modèles expérimentaux américains (DPP) et finlandais (DPS), et qu'elles s'appuient largement sur les recommandations existantes, en particulier celles du NICE et celles du guide européen « Take Action to Prevent Diabetes. A toolkit for Prevention of Type 2 Diabetes in Europe » qui résulte d'un consensus d'experts européens.

3.1 Le format : le programme est intensif et s'inscrit dans la durée

Au regard des enseignements des expériences étrangères et française, les experts considèrent que deux types de format, respectant les mêmes lignes directrices, doivent être mis en place. Un format dit « de base » consiste en des réunions de groupes d'une douzaine de participants, réunies sur un même lieu. Un format alternatif, mobilisant le téléphone ou les nouvelles technologies de communication, dit « à distance », doit pouvoir être proposé aux personnes rencontrant des problèmes de disponibilité ou de transport pour se rendre sur les lieux des réunions. Le programme à distance peut être proposé d'emblée ou dans un second temps aux personnes anticipant ces difficultés.

3.1.1 - Le format de base

Les contacts se répartissent ainsi :

- 1 entretien individuel - téléphonique ou en face à face - d'engagement à participer au programme : 30 mn

→ 15H de contacts avec un intervenant, étalées sur une durée de 10 à 12 mois

- 4 x 1H30 = 1 session tous les 15 jours pendant 2 mois
- 4 x 1H30 = 1 session par mois pendant 4 mois
- 2 x 1H30 = 1 session tous les 2 mois pendant 4 mois

→ Une session de maintien des acquis d'1 heure l'année suivante⁸

Les 15 heures de contacts sont assurées en général en collectif. Des contacts individuels restent possibles, dans les limites du budget.

L'ensemble des contacts peuvent se dérouler dans des lieux variés (travail, loisirs, lieux de soins), à des moments différents y compris le soir et le week-end, pour assurer une accessibilité optimale.

3.1.2 - Un format alternatif

Il est possible d'expérimenter la mise en œuvre du programme dans une version alternative, dans un format adapté pour une dispensation à distance.

Ce programme devra respecter le nombre et les rythmes de contact du format de base, les objectifs pédagogiques et le budget.

→ 1 contact d'engagement

→ 10 contacts la première année :

- 4 contacts tous les 15 jours pendant 2 mois
- 4 contacts par mois pendant 4 mois
- 2 contacts tous les 2 mois pendant 4 mois

→ Un contact l'année suivante.

⁸ Cette session pourra être organisée dans le cadre de groupes plus larges.

Dans le respect des points précédents ce programme pourra combiner des appels téléphoniques individuels ou collectifs, voir visio-conférences et groupes en présentiel.

3.2 Les principes d'accompagnement des participants

3.2.1 - Le programme adopte une approche centrée sur la personne

- Il aide les participants à accomplir des changements progressifs en prenant en compte leurs croyances, leurs représentations et leurs préférences ;
- Il développe la capacité d'agir des personnes et soutient la confiance en soi.

3.2.2 - Le programme est structuré autour d'un processus d'accompagnement au changement en mobilisant des techniques de changement de comportement validées respectant une progression logique

- Compréhension de la démarche
- Exploration et soutien à la motivation
- Sollicitation de son réseau social
- Prise de décision et élaboration de plans d'actions individuels avec fixation d'objectifs réalistes
- Anticipation des rechutes
- Mise en œuvre de stratégies pour gérer les difficultés et trouver des solutions
- Identification de récompenses
- Accompagnement au maintien de changements

Le programme est pragmatique : il s'adapte aux contextes locaux (ressources et populations) et il s'adapte aux besoins et évolutions des participants au fil du programme.

3.2.3 - Les contenus et les méthodes d'animation favorisent autant que possible la participation et la réflexion des participants afin de répondre au mieux aux attentes et questions de chacun d'eux.

Selon les recommandations méthodologiques de l'INPES, les programmes et actions d'éducation et de promotion de la santé doivent comprendre des phases qui favorisent l'apprentissage et l'appropriation par les personnes. Deux points sont particulièrement importants.

- A. « La formation en éducation pour la santé doit être effectuée à partir des représentations individuelles des formés. Les modèles pédagogiques permettant aux participants de construire leurs apprentissages, modifier progressivement leurs représentations et développer leurs compétences sont donc privilégiés. Aussi, pour atteindre cet objectif, il semble nécessaire de débiter les séquences de formation par une exploration des préoccupations, des représentations et des expériences des participants pour, dans un premier temps, cerner les logiques de chacun et les accompagner dans cette évolution de leurs conceptions. De même, l'alternance entre les apports théoriques et pratiques doit être privilégiée pour faciliter le processus d'apprentissage. Il s'agit ainsi de proposer un cadre pédagogique centré sur les formés et non sur les savoirs. »⁹
- B. « L'action est respectueuse des personnes et attentive à leurs croyances, comportements et habitudes. Elle exclut toute forme de jugement, de stigmatisation ou de culpabilisation.

L'action comprend des activités visant à renforcer la capacité/le pouvoir d'agir (empowerment) des individus et populations concernés en favorisant la prise de conscience, le développement des connaissances et des compétences psychosociales.

L'action comprend des activités qui s'appuient sur les ressources des personnes ou des populations et les valorisent. »¹⁰

3.3 Les objectifs pédagogiques

⁹ In Lorto V., Moquet M.J., dir. Formation en éducation pour la santé. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2009 : 100 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1263.pdf>

¹⁰ In Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Inpes. Septembre 2009

Le programme est construit autour d'objectifs pédagogiques dans 3 thématiques : l'alimentation, l'activité physique et les aspects psychosociaux indispensables au changement.

Il est important que les programmes qui seront mis en place respectent les objectifs et les contenus pédagogiques qui seront définis dans le modèle. Toutefois, les intervenants devraient pouvoir organiser les sessions en fonction de leur auditoire et ses besoins, soit en dédiant chaque session à une thématique particulière¹¹, soit en panachant les thématiques au sein d'une même session¹².

a. l'alimentation

Objectifs :

Adopter progressivement et de façon durable une alimentation équilibrée en insistant particulièrement sur la réduction de la consommation des graisses saturées, la diminution de la part des lipides dans l'alimentation et l'augmentation d'aliments riches en fibres.

Objectifs pédagogiques des sessions :

- Identifier certaines habitudes alimentaires (au regard des repères du Plan national nutrition santé - PNNS) afin de mettre en avant les points forts de la personne et les axes d'amélioration ;
- Exprimer les motivations de chacun à manger (besoin physiologique, convivialité, culturel, plaisir, habitudes, refuge, etc.) ;
- Mieux connaître ses aliments préférés et savoir dire pourquoi ; repérer ses rythmes alimentaires ;
- Explorer et exprimer son désir ou son désintérêt pour préparer les repas, pour faire les courses pour soi, pour les autres ;

¹¹ Modèle développé aux Etats-Unis dans le cadre du National Diabetes Prevention Program par les CDC - <http://www.cdc.gov/diabetes/prevention/recognition/curriculum.htm>

¹² Modèle développé dans le cadre du groupe de réflexion européen Image – cf A Toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe - www.image-project.eu

- Connaître la variété des aliments et la fréquence des aliments nécessaires à l'équilibre nutritionnel ;
- Comprendre comment limiter sa consommation de produits gras, salés, sucrés ;
- Découvrir les graisses cachées ;
- Comprendre les informations figurant sur les étiquettes des produits de consommation courante ;
- Apprendre à choisir les produits ayant une bonne qualité nutritionnelle ;
- Réaliser un repas à partir d'ingrédients de saison ; en fonction du temps que l'on dispose ;
- Comprendre l'intérêt d'organiser ses courses pour mieux équilibrer ses repas ;
- Savoir construire une liste de courses pour plusieurs repas ;
- Apprendre à composer des menus en fonction d'aliments disponibles et de saison ;
- Connaître des astuces pour faciliter l'approvisionnement ;
- Connaître les aliments ayant un bon rapport qualité nutritionnelle/prix.

b. L'activité physique

Objectifs :

Parvenir à un minimum de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine.

Objectifs pédagogiques des sessions :

- Faire le point sur son activité physique actuelle et sur son passé avec l'activité physique ;
- Exprimer les motivations de chacun à bouger (besoin physiologique, convivialité, culturel, plaisir, compétition, ennui, etc.) ;
- Comprendre les bienfaits de l'activité physique ;
- Prendre confiance dans sa capacité à pratiquer une activité physique régulière ;

- Découvrir de nouvelles activités et pratiquer ;
- Exprimer son ressenti après une activité physique par exemple : football, gymnastique douce, stretching...

c. L'accompagnement psychosocial

Objectifs :

Soutenir, motiver et accompagner la personne sur le plan nutritionnel pour mettre en place des changements durables

Objectifs pédagogiques des sessions :

- explorer les expériences de chacun en termes de changement ;
- explorer la perception du risque de développer un diabète et ses conséquences ;
- évaluer sa motivation au changement ; remplir une balance décisionnelle. Explorer les attentes de la personne ; explorer l'importance qu'elle porte au changement et sa confiance en soi pour mettre en œuvre les changements ;
- favoriser le sentiment de compétence personnelle ;
- mettre en place un soutien social : identifier le rôle de ce soutien et qui solliciter. Encourager les personnes à impliquer quelqu'un de leur entourage ;
- élaborer un plan de changement et mettre en place des micro-objectifs permettant de franchir des étapes facilement atteignables ;
- mettre en avant les réussites de chacun, les encourager et se récompenser ;
- donner à la personne les moyens de suivre et d'objectiver elle-même ses changements (fourniture de semainier, de podomètre,...) ;
- anticiper les obstacles et les situations qui pourraient mettre en échec les projets de changement et mettre en place des solutions alternatives ;
- comprendre l'intérêt de la relaxation dans la gestion du stress et s'initier ;

→ discuter des solutions adaptées pour surmonter des épisodes de stress.

d. D'autres éléments à prendre en compte

En complément des 3 domaines précédents le programme devra être en capacité d'avoir une attention particulière et adaptée au sommeil des participants, à leur tabagisme ainsi qu'à des signes éventuels de dépression.

3.4 Référentiels et outils

Le PNNS doit être la référence scientifique pour élaborer les contenus détaillés du programme.

Les ressources existantes

- Le classeur Alimentation Atout Prix. Guide de formation et d'intervention. Inpes. 2006. Des transparents couleurs pédagogiques et complémentaires sont disponibles également sous format pdf http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_classeur_alimentation.asp
- les dépliants des repères du PNNS élaborés par l'Inpes

4. Recommandations pour la mise en œuvre d'un programme de prévention du diabète

4.1 La prévention du diabète ne dépend pas uniquement du système de santé et requiert la mobilisation de nombreux partenaires (collectivités locales, milieux associatifs, entreprise, presse, etc).

En effet, il est aujourd'hui largement reconnu, notamment par la commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, que pour améliorer la santé et prévenir les maladies, les planificateurs et les intervenants doivent développer des interventions à plusieurs niveaux :

- au niveau des individus : des interventions visant la modification des modes de vie ;
- au niveau des conditions de vie des individus : des interventions visant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé (comme par exemple, les caractéristiques des organisations et des quartiers, des lieux de travail, l'accès à des équipements sportifs, etc.)
- ainsi qu'au niveau de la population dans son ensemble.

Dans le cadre des programmes de prévention du diabète, cela implique que :

- le contenu des programmes prend en compte les déterminants sociaux et environnementaux dans l'accompagnement au changement de comportement des personnes à risque de diabète ;
- la nécessité d'une implantation locale « forte » des programmes afin d'être au plus près des populations. A cet égard, il est notamment essentiel de pouvoir s'appuyer sur une offre variée d'activités physiques, mise en place par les acteurs associatifs de proximité.

4.2 Faire connaître très largement

Afin de recruter le plus grand nombre de personnes à risque de diabète, il apparaît essentiel de faire connaître le programme à la population générale afin de sensibiliser les personnes concernées et de les orienter vers leur médecin traitant.

Plusieurs types d'actions peuvent être envisagés en ce sens. On peut citer à titre d'exemples :

Des actions nationales disponibles pour l'ensemble du territoire :

- La mise à disposition du questionnaire FINDRISK sur les sites web de l'assurance maladie, du ministère et d'agences sanitaires (Inpes, HAS, ARS), éventuellement sous forme d'application labélisée par le ministère et l'assurance maladie, calculant automatiquement le résultat ; la diffusion du questionnaire sera accompagnée d'un message explicatif visant à « dédramatiser » la notion de risque et à orienter les personnes vers leur médecin traitant.
- Création d'un site internet dédié au programme, éventuellement d'un numéro téléphonique d'appel.

Des actions de communications locales :

- Communication grand public (presse quotidienne régionale, affichage, communication internet ...).
- Communication auprès des entreprises et des agences pôle emploi.
- Implication des centres médico-sociaux et autres structures sociales des municipalités.
- Implication des professionnels de santé locaux dans la sensibilisation de leurs patients. En particulier, les pharmaciens peuvent proposer le questionnaire FINDRISK, à l'occasion d'une délivrance de médicaments, aux personnes pour lesquelles le pharmacien suspecte un facteur de risque (surpoids ou hypertension), et qui entrent dans le groupe d'âge d'intervention, en utilisant de préférence une version informatisée, mais en laissant aussi à disposition une version papier. Le questionnaire rempli et son score peuvent alors être imprimés et donnés à la personne avec une recommandation de consultation du médecin traitant en cas de score supérieur ou égal à 15.

4.3 – Rôle, information et formation des médecins traitants

Il sera proposé à tous les médecins traitants des territoires concernés de participer à l'expérimentation. Un courrier cosigné par le ministère, l'assurance maladie et l'ARS (les ARS si plusieurs sites sur plusieurs régions) peut leur être adressé, mais d'autres voies d'information et de sensibilisation sont également possibles : par exemple, propositions d'assister à des réunions d'information (plusieurs dates possibles), organisées le soir.

En outre, différents documents seront développés et mis à leur disposition :

- Une description des enjeux et objectifs du programme ; une explication du positionnement de ce programme par rapport à d'autres programmes (actions locales de promotion de la

santé et de prévention sur la thématique du surpoids/obésité ou cardio-vasculaire– en lien avec les appels à projets prévention des ARS, Sophia, Santé active);

- Une description détaillée du programme de prévention ;
- Une explication des raisons du choix d'un cadre expérimental de mise en œuvre du programme de prévention et une présentation du protocole qui sera développé pour son évaluation ;
- Le processus à suivre pour repérer les patients éligibles au programme ;
- Des recommandations sur la manière de présenter les programmes de préventions à leurs patients et de les inciter à s'y inscrire :
- les principes de suivi de leurs patients durant leur inscription dans le programme ;

4.4 – Profil des intervenants : un large éventail possible

Les expériences étrangères montrent que les séances du programme peuvent être animées par une assez grande diversité de profils : professionnels de santé ou non (infirmiers, diététiciens, éducateurs sportifs, psychologues, membres d'association de malades, etc.). Un groupe de travail national se réunira pour définir les compétences et qualifications minimales des intervenants pouvant mettre en œuvre le programme, ainsi que la nécessité ou non d'une pluralité des profils.

Il est également essentiel de concevoir une formation permettant aux différents intervenants d'acquérir les connaissances et techniques nécessaires à l'animation des interventions du programme. Les lieux de formation pourront également constituer un lieu de rencontre et de partage d'expériences de pratique tout au long de l'expérimentation, et permettre le recueil d'éléments qualitatifs sur sa mise en œuvre.

4.5 – une gouvernance et un pilotage centralisé pour faciliter l'évaluation et l'adaptation des programmes

4.5.1 – un cadre national commun pour des programmes mis en œuvre et pilotés localement

Pour développer des programmes opérationnels et efficaces, les experts considèrent qu'il est préférable de s'appuyer sur des acteurs locaux, bien implantés dans le tissu social de proximité. A cet égard, certains éléments du contenu et de dispensation des programmes devraient être modulables pour s'adapter au mieux aux populations et environnements locaux (habitudes alimentaires, environnement rural ou urbain, populations actives ou inactives etc.).

Toutefois, il est également essentiel que les programmes locaux respectent un cadre conceptuel, un format et des contenus pédagogiques communs, tels que présentés dans le chapitre précédent.

Afin de combiner ces approches de manière cohérente, il est proposé de procéder en deux temps :

- au niveau national, un « modèle standard » de programme de prévention, reprenant les différentes recommandations du groupe d'experts, sera construit et mis à disposition de promoteurs locaux ;
- au niveau local des territoires sélectionnés pour l'expérimentation, des organismes « promoteurs » seront recrutés pour mettre en œuvre les programmes, par appels à candidature et sur la base d'un cahier des charges commun à tous les sites expérimentateurs. Ils seront chargés de l'adaptation du modèle standard aux contextes locaux, une certaine souplesse sera nécessaire.

4.5.2 - *Coordination nationale et régionale*

Une coordination nationale sera organisée avec :

- Un Comité de Pilotage :
 - Co-pilotage DGS CNAMTS (Bureau)
 - Composition : SG, DGOS, INPES, ARS, CMG, Ministère Jeunesse et Sports, FFD...
 - Déterminer le choix des territoires pour expérimentation
 - Veiller au bon déroulement des expérimentations et à leur évaluation médico-économique en fonction du cahier des charges national
- Un Conseil scientifique :
 - Composition : Spécialistes (SFD...), CMG, INPES, DGS, CNAMTS, Spécialistes de l'ETP...
 - Finaliser le cahier des charges de la sélection des patients et du contenu des programmes de prévention
 - Définir les critères de qualité que devront remplir les promoteurs locaux des programmes de prévention
 - Elaborer la méthodologie et suivre l'évaluation médico économique de l'expérimentation.

Lors de la mise en œuvre, les deux instances bénéficieront de l'appui d'une cellule opérationnelle ayant pour fonction :

- Faire développer un modèle standard de programme de prévention qui servira de base à la mise en œuvre de programmes locaux par les organismes promoteurs ;
- Elaborer un cahier des charges, conformément aux principes nationaux, visant à recruter des organismes promoteurs de programmes de prévention (dont les éléments de qualité) ;
- Faire développer un modèle de formation pour les intervenants travaillant pour les organismes promoteurs ;

- S'assurer de la qualité des programmes mis en œuvre et habilitier les organismes promoteurs ;
- Organiser et piloter une évaluation rigoureuse de l'expérimentation ;
- Transmettre au comité de pilotage national les informations concernant la mise en œuvre de l'expérimentation.

4.5.3 – *Eléments d'assurance qualité*

Les organismes promoteurs devront répondre à des critères de qualité afin d'assurer l'efficacité des programmes. Ceux-ci seront définis par le comité scientifique de l'expérimentation. Sans souci d'exhaustivité à ce stade et à titre d'exemple, ces critères concerneront notamment les points suivants :

- Les programmes offrent des sessions à des heures de disponibilité des personnes (notamment des sessions en soirées et le week-end) ;
- Ces sessions se déroulent dans des lieux de proximité aisément accessibles ;
- Le nombre de participants par session ne doit pas dépasser une douzaine de personnes ;
- Les programmes mettent les participants en relation avec des structures d'activité physique et sportive ;
- Les personnels intervenants sont compétents, qualifiés et formés ;
- Les promoteurs mettent différents documents (fiches d'information, d'exercices, outils...) à la disposition des participants ; ces éléments sont prédéfinis dans le cadre du modèle standard ;
- Les promoteurs développent des stratégies d'actions (?) pour encourager la participation et l'assiduité dans le suivi des sessions par différentes techniques et outils ;
- Ils s'inscrivent dans le cadre économique défini au niveau national et apportent la preuve de leur viabilité ;
- Etc.

Les organismes promoteurs devront également être capables de transmettre régulièrement un certain nombre d'informations aux tutelles. La liste de ces variables sera définie précisément par le comité de coordination national. A titre d'exemple, on peut citer les éléments suivants qui sont collectés systématiquement dans le modèle américain piloté par les CDCs:

- Pour chaque participant, les programmes doivent tenir un suivi précis :
 - Des paramètres initiaux : âge, sexe, taille, poids, IMC, tour de taille, score de risque, *glycémie à jeun*
 - Des paramètres socio-démographiques
 - La présence à chaque session
 - Poids à chaque session
 - Durée de l'activité physique la semaine précédant la session
- Chaque programme doit pouvoir transmettre annuellement les statistiques suivantes à (aux) l'organisation(s) en charge du pilotage du programme global :
 - Le nombre de personnes ayant pris contact avec le programme
 - Le nombre de personnes inscrites, ayant débuté un programme
 - Le nombre de personnes ayant terminé le programme;
 - Le taux de présence moyen sur la globalité du programme
 - Le taux de présence moyen pour chaque session
 - La perte de poids moyenne en fin de programme
 - La réduction moyenne du tour de taille en fin de programme
 - Le % de personnes ayant perdu au moins 5% du poids initial
 - Le % de personnes ayant atteint les objectifs d'activité physique à la fin du programme

4.5.4 – *Evaluation du dispositif*

Au niveau national, il est essentiel de mettre en place une évaluation médico-économique rigoureuse de ce programme.

Au-delà des informations collectées à visées d'assurance qualité et à des fins de supervision et de pilotage des programmes, il est nécessaire de définir un cadre expérimental et une méthodologie permettant notamment de répondre aux questions suivantes :

- les programmes permettent-ils d'atteindre les objectifs fixés en terme de perte de poids, de changements d'habitudes (notamment activité physique) de vie et de réduction de l'incidence du diabète ?
- le dispositif global permet-t-il de recruter les personnes réellement à risque ?
- quels sont les éléments constitutifs des programmes qui fonctionnent bien et ceux qui posent problème ?
- existent-ils des profils-type de personnes qui répondent mieux aux programmes que d'autres ?
- les programmes sont-ils coût-efficaces ?
- etc...

Il appartiendra au comité scientifique de déterminer précisément les objectifs de cette évaluation et et d'en valider la méthodologie. D'ores et déjà, les experts considèrent qu'une méthode de randomisation des médecins doit être envisagée afin de pouvoir comparer les participants à l'intervention avec un échantillon témoin sélectionné de manière aléatoire. Le tirage au sort des médecins plutôt que des patients facilite la réalisation du programme et limite l'effet de contagion.

Un cahier des charges spécifique sera réalisé et l'évaluation pourra faire l'objet d'une sous-traitance.