



**Société Algérienne de Diabétologie**

**Société Algérienne de Pédiatrie**

**Société Algérienne de Médecine interne**

**Sous l'égide du :**

**Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière**

**Et**

**L'Institut Nationale de Santé Publique**

**Et En Partenariat avec**

**Les Laboratoires SANOFI**



**PV de la 1<sup>ère</sup> Journée de Transition DT1**

**Organisée le 18/05/2017**

**Hôtel Mercure - Alger**

La 1<sup>ère</sup> journée dédiée à la transition organisée le 18/05/2017 a débuté à 9h30 avec l'élocution de bienvenue de chacun des organisateurs :

- Pr. Semrouni : Président de la Société Algérienne de Diabétologie (SADIAB)
- Pr. Bensenouci : Président de la Société Algérienne de Pédiatrie (SAP)
- Pr. Tebaibia : Président de la Société Algérienne de Médecine interne (SAMI)

Ainsi que les invités d'honneur :

- Dr Nedir : Représentante de la Direction de la Prévention au sein du ministère de la santé
- Mr le secrétaire général de l'Institut National de santé Publique (INESP)

Pr Semrouni a invité en premier lieu Pr Bensenouci à rendre un hommage au Pr Kadache, pédiatre décédé depuis peu de temps, suivi d'une minute de silence de la part de toute l'assistance. Il a ensuite introduit les objectifs de cette journée, a désigné Pr Benmohammed vice-présidente de la SADIAB comme rapporteur de cette réunion et a invité aussi la Présidente de la Société Algérienne d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques (SAEM), Pr Meskine, présente à la journée, à participer au projet.

Pr Semrouni n'a pas manqué de remercier les Laboratoires Sanofi-Aventis de bien vouloir accepter de sponsoriser ce projet très ambitieux et de ne ménager aucun effort pour sa réussite ainsi que tous les participants présents dans la salle, venus de tout le pays.

Pr Tebaibia a remercié Pr Semrouni pour cette initiative et a confirmé la participation active de la SAMI.

Dr. Nedir ainsi que Mr le secrétaire général de l'INSP ont précisé l'intérêt de ce projet de transition du diabète de type 1 et son impact sur la santé publique et ont confirmé l'accord de leurs responsables, en l'occurrence Dr Mesbah et Pr Hasbellaoui et par conséquent la tutelle à participer activement à ce projet voire même son parrainage par le ministère de la santé et l'INESP.

Les différentes présentations des intervenants se sont ensuite succédées de 10h 00 jusqu'à 13h 30 :

- En premier lieu, Pr Bensenouci a présenté : **"Transition pédiatrie – Médecine adulte dans les maladies chroniques"**.

En effet, l'adolescence représente une période vulnérable de la vie ; de plus, il existe un lien puissant entre l'adolescent malade, son pédiatre et l'environnement pédiatrique et tout passage du milieu pédiatrique au milieu d'adultes constitue une étape critique. Les adolescents qui vivent une transition difficile, non préparée, négligent les soins ou y renoncent parfois pour de longues périodes ce qui les expose aux différentes complications ; raison pour laquelle une préparation de cette transition est obligatoire : du patient, du personnel soignant pédiatrique ainsi que le personnel soignant adulte.

Une éducation médicale s'impose donc avec une prise en charge personnalisée de ces adolescents, au cas par cas.

L'idéal serait que la demande soit formulée par le patient lui-même, puis engagée par l'équipe pédiatrique. Le processus est alors entamé :

- ✓ Dans le milieu pédiatrique : mise à jour du dossier médical, de l'éducation thérapeutique, une évaluation de l'état psychique...
- ✓ Le patient et sa famille : acceptation difficile, deuil de la séparation, visite du service d'accueil...
- ✓ Le patient et le milieu pédiatrique : préparation du passage.
- ✓ Milieu pédiatrique et milieu adulte : transfert des dossiers, étude du dossier par le milieu adulte pour une meilleure imprégnation, discussion des dossiers, fixation du 1<sup>er</sup> RDV entre le pédiatre et le nouveau médecin traitant.
- ✓ Le patient, la famille, le pédiatre et le nouveau médecin traitant : la nouvelle organisation des consultations et des soins, l'adaptation aux nouvelles structures, l'acceptation de revoir son milieu pédiatrique.

Par ailleurs, une évaluation de la transition doit être programmée afin de permettre la correction d'éventuelles erreurs.

Pr Bensenouci a conclu en précisant que la médecine de la transition est une médecine exigeante, collaborative où le patient est une vraie partie prenante.

Une brève discussion a été entamée. Le Dr Sahraoui, pédiatre à El Harrache, a insisté sur le rôle primordial du psychologue dans la chaîne de soin.

Les différents registres du diabète de l'enfant ont été ensuite exposés :

- Le Dr Abrouk de l'INSP a présenté le registre d'Alger avec une communication intitulée : **"Evolution de l'incidence du Diabète de l'enfant dans la Wilaya d'Alger de 2010 à 2015"**.

Lors d'une enquête de prévalence menée tout d'abord au 1<sup>er</sup> avril 2009, une prévalence du DT1 était évaluée à 1,38 ‰ : 0,44 ‰ pour les enfants de moins de 5 ans, 1,54 ‰ pour les enfants âgés de 5 à 9 ans et 2,35 ‰ pour les enfants âgés de 10 à 14 ans.

Une 2<sup>ème</sup> enquête d'incidence a été menée du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2009, puis extrapolation à l'année avait retrouvé une incidence de 22,8 cas pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans et résidant dans la wilaya d'Alger.

A partir de ces données initiales, le registre d'Alger a été mis en place dont l'objectif principal était de décrire l'évolution de l'incidence du diabète de l'enfant âgé de moins de 15 ans et résidant dans la wilaya d'Alger entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2015. L'organisation était comme suit :

- ✓ Recensement actif des nouveaux cas de diabète, assuré par une TSS, spécialisée dans les registres, qui se déplace périodiquement au niveau de chaque structure.
- ✓ Tous les trimestres, des rencontres sont organisées à l'INSP entre pédiatres et coordinateur du registre pour faire le point et discuter des difficultés rencontrées.
- ✓ Une dernière vérification en fin d'année entre les cas recensés et transmis à l'INSP et les dossiers des enfants diabétiques diagnostiqués au cours de l'année

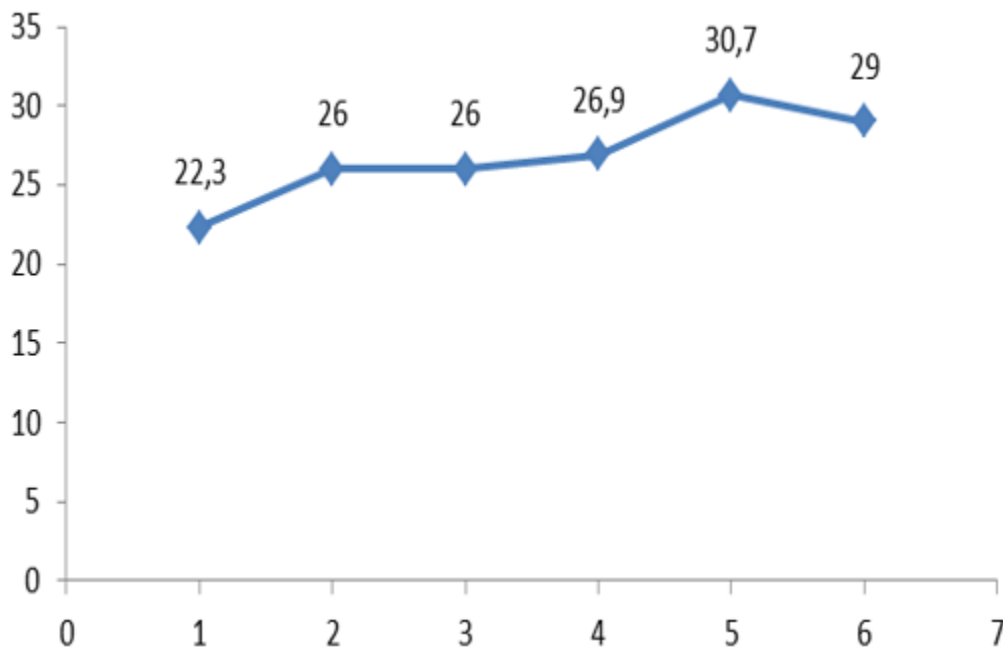
La source principale d'information était les services de pédiatrie des différents établissements.

Les résultats ont montré une **incidence cumulative au cours des 6 dernières années évaluée à 26,9 pour 100 000, où 1303 enfants diabétiques ont été diagnostiqués** (voir tableau et figure).

**Tableau 1 : Incidence du DT1 chez les enfants de moins de 15 ans : Résultats du registre d'Alger**

Année	Population des enfants de moins de 15 ans	Nombre de nouveaux diabétiques	Taux d'incidence pour 100000 enfants de moins de 15 ans
2010	748938	167	<b>22,3</b>
2011	776920	202	<b>26,0</b>
2012	792342	206	<b>26,0</b>
2013	825693	222	<b>26,9</b>
2014	837056	257	<b>30,7</b>
2015	859689	249	<b>29,0</b>

**Figure 2 : évolution de l'incidence du DT1 / 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans : Résultats du registre d'Alger**



L'incidence cumulative selon le sexe : 27,3 pour 100000 chez les garçons et 26,5 pour 100000 chez les filles.

L'incidence cumulative selon la tranche d'âge : 19,1 pour les 0-4 ans ; 29,9 pour les 5-9 ans et 30,7 pour les 10-14 ans.

La fréquence du diabète était plus élevée l'hiver et l'automne.

Dr Abrouk a conclu que l'incidence du diabète chez l'enfant est en augmentation, près de 30% des enfants diagnostiqués ont moins de 5 ans, souvent découvert au stade de cétose ou d'acidocétose, surtout chez les plus jeunes. Elle a aussi annoncé les perspectives suivantes :

- ✓ Travailler avec la CNAS pour mieux assurer l'exhaustivité.
- ✓ Intégrer les cliniques privées qui initient le traitement chez les nouveaux enfants diabétiques.
- ✓ Mettre en place des études multicentriques afin d'identifier les facteurs de risque des complications inaugurales (acidocétose, troubles neurologiques, ...).
- ✓ Réfléchir à d'autres indicateurs en plus du taux d'incidence (taux d'accroissement annuel de l'incidence selon les groupes d'âge, ...) pour permettre des comparaisons avec d'autres pays.

Le registre d'Oran a été présenté verbalement sans présentation power point par Dr Aoui, (assistante en pédiatrie, CHU d'Oran) qui a annoncé 205 cas hospitalisé en 2015 à la clinique Cabrel dont 152 nouveaux cas.

Pr Bouderdia était absente et n'a pas pu présenter les résultats du registre de Constantine. Elle a communiqué au Pr Benmohammed, par téléphone, une incidence de 17,48 cas / 100 000 enfants.

Pr Achir a ensuite fait une synthèse des données des différents registres :

Il a, en premier lieu, rendu hommage au Pr Kadache et a ensuite remercié les présents ainsi que le Pr Semrouni pour son initiative et sa réussite à réunir au tour de la même table toutes ces spécialités afin de traiter un sujet si intéressant et ambitieux.

Durant sa présentation, il a relevé les faits importants suivants :

- L'incidence du DT1 est en augmentation dans le monde de plus de 3% / an.
- Dédoublage des nouveaux cas entre 2005 et 2020.
- Accroissement de la prévalence de + de 70%.
- Une grande disparité dans le monde avec un déplacement de l'accroissement de l'incidence vers les tranches d'âges les plus jeunes.
- Oran : le 1<sup>er</sup> registre mis en place en Algérie par le Pr Touhami depuis 1975 jusqu'à 2010. Une augmentation de l'incidence du DT1 touchant des enfants de plus en plus jeunes était notée durant toutes ces années. L'incidence en 2010 était de 19,3 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, prévalence en 2010 de 1‰ (enfants de moins de 15 ans).
- Constantine : registre initié par Pr Bouderdia du CHU de Constantine, données non publiées donc très peu d'informations sur la méthodologie. Une incidence de 12 nouveaux cas / 100 000 enfants de moins de 15 ans est rapportée.
- Alger : une incidence qui avoisine les 30 cas / 100 000 enfants de moins de 15 ans.

En conclusion Pr Achir précise que l'Algérie est un pays à haut risque avec une incidence > 25 cas / 100 000 d'où la nécessité de la mise en place d'un registre national, de circulaire émanant du Ministère de la Santé pour obliger la déclaration de nouveaux cas, de registre en ligne et de médecin référent pour chaque wilaya.

La discussion est alors ouverte :

Pr Semrouni a proposé d'inclure les représentants de la CNAS comme partie prenante à ce projet et invite les différents intervenant à une réflexion sur une méthodologie de travail appropriée.

Dr Nadir a demandé à institutionnaliser le registre au niveau des wilayas en 1<sup>er</sup> lieu puis sur le plan national. Le 1<sup>er</sup> maillon serait l'INSP, de mettre en place un comité d'experts et d'unifier les méthodes. Le ministère de la Santé est engagé à élaborer une stratégie de mise en place du registre.

Dr Abrouk est intervenu en précisant que même dans les autres pays de part le monde, un registre national n'existe pas et les données sont recueillis à partir des registres régionaux.

Un 2<sup>ème</sup> cycle de présentations est entamé.

Dr Baghous, maître assistant au service de Diabétologie du CHU Mustapha à Alger a présenté : "**Défis actuels de prise en charge du DT1 en Algérie**". Un tableau noir est alors dressé devant la constatation du déséquilibre glycémique chez une grande proportion des patients DT1, la rareté d'équipes multidisciplinaires, la focalisation des actes de soins sur le problème de santé, l'absence flagrante de psychologues et diététiciens, la déperdition des malades entre la pédiatrie et la diabétologie adulte...

Afin d'améliorer la situation, il propose :

- Accès aux soins : avec la mise en place de consultations spécialisées DT1 avec une équipe multidisciplinaire et un circuit de transition.
- Education structurée : avec la programmation d'atelier patients et des thématiques personnalisées : diététique, sport, conduite...
- Insulinothérapie : devrait être intensive utilisant des analogues de l'insuline avec une auto surveillance glycémique régulière. Les moyens innovants peuvent être aussi proposés : pompes à insuline, CGMS...

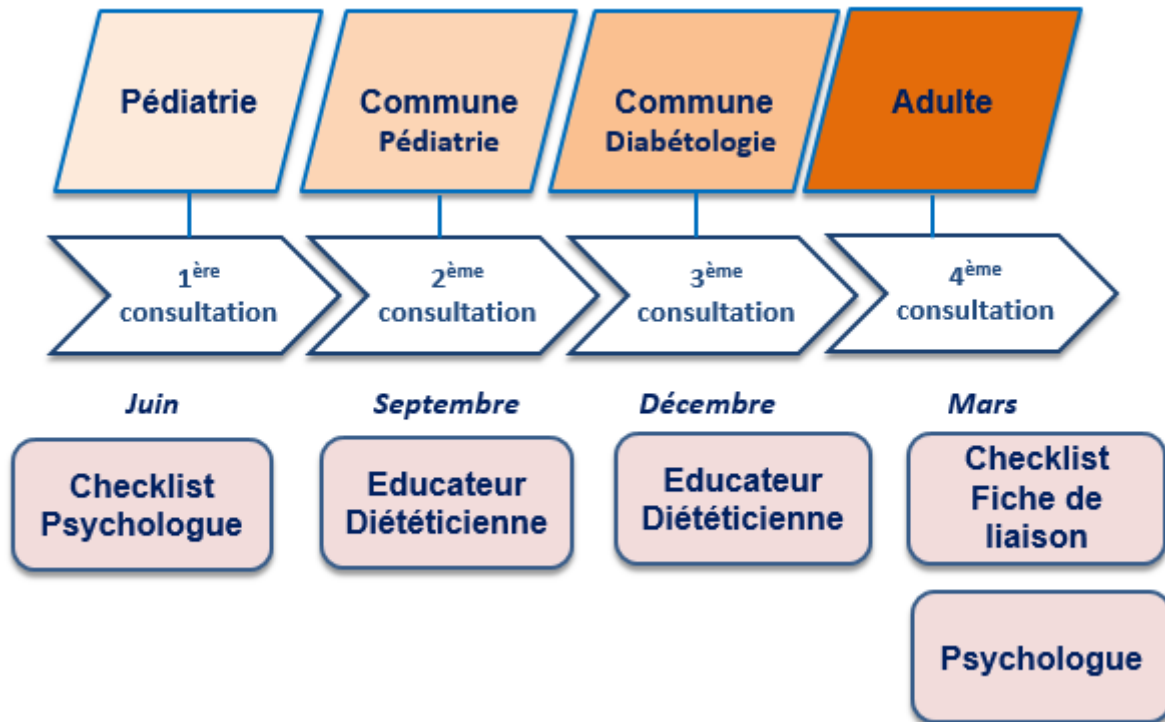
Dr Baghous a ensuite enchainé avec l'expérience pilote menée au CHU Mustapha avec le Dr Ferhani depuis Avril 2016 (présentation non communiquée au rapporteur de la journée).

**Le projet de transition au CHU de Bab El Oued** regroupant le couple de pédiatres (Bensmina, Berkouk) et de diabétologues (Mahgoune, Bouyoucef) est ensuite présenté.

La collaboration entre les deux services est ancienne mais sans programme structuré : un transfert personnalisé des patients est assuré, un transfert à la demande ou en cas de complications est aussi préconisé. Un rendez-vous en pédiatrie est ensuite fixé dans les 6 mois pour vérifier la continuité des soins.

L'équipe de pédiatrie du CHU de Bab El Oued ont estimé le nombre de diabétique de type 1 suivi en pédiatrie et en âge de transition à 30 (18 – 24 ans) dont 26 suivent actuellement le programme de transition (figure 2).

**Figure 2 : Programme de transition du DT1 : Projet de l'Hôpital de Bab El Oued**



Ce programme débute à l'âge de 18 ans. La première consultation de transition est prévue le mois de Juin après l'examen du BAC. L'annonce du transfert se fait une année avant.

La consultation se déroule chaque 3 mois et la durée du processus de transition est d'une année.

Cependant, l'équipe de pédiatrie soulève les problèmes suivants :

- ✓ Qui doit gérer les rendez-vous en diabétologie ?
- ✓ Les contrôles de la continuité des soins en diabétologie : Coordinateurs des soins : Qui et comment ?
- ✓ La consultation du DT1 est différente de celle du DT2, et proposent donc des diabétologues spécialistes en DT1.

**Le projet de transition à l'hôpital de Beni Messous** présenté par Pr Bekat et Dr Ouerdane (dont les présentations n'ont pas été remises au rapporteur de la journée), a débuté en Avril 2016 et a concerné 71 adolescents diabétiques de type 1 âgés entre 15 et 25 ans.

Pr Bekat a insisté que la transition doit être progressive, préparée et **voulue**. Une rencontre est organisée avec 6 patients, dans des lieux familiers en présence de pédiatres et diabétologues adultes. La 1<sup>ère</sup> consultation a débuté officiellement le 31/10/2016. Elle était centrée sur le malade et non pas la maladie. Plusieurs sujets sont traités : grossesse, activité physique, ramadan, motivation...

**Le projet de transition de l'équipe du CHU de Sétif** a été présenté par Dr Cherif, pédiatre au sein du même hôpital. Elle a d'abord annoncé une prévalence du DT1 dans la wilaya de Sétif en 2013 à **62 cas pour 100 000 enfants** et une incidence de **19,26 nouveaux cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans**, durant la même année. Ce projet de transition vient tout juste à être entrepris avec plusieurs rencontres qui se sont succédées : le 05 Février 2017, entre pédiatres (Secteur public : CHU, EHS, EPH), le 08 Février 2017 entre pédiatres et médecins internistes puis une réunion de travail le 24 Avril 2017 qui avait pour objectif le démarrage du projet.

L'équipe de Sétif envisage donc le déroulement de la transition comme suit : des séances collectives regroupant les patients, les médecins internistes, les pédiatres, les diététiciens et les psychologues. Durant ces réunions :

- ✓ seront favorisées l'écoute et l'expression de chaque participant,
- ✓ une évaluation de l'éducation est faite,

Ces réunions permettent de réduire progressivement l'attachement (affectif) au service de pédiatrie, une coordination entre les services et une implication du service adulte dans l'éducation.

La consultation de transition est mixte se déroulant au centre de dépistage et suivi du diabète. Plusieurs consultations sont programmées jusqu'à ce que le patient se sente prêt. Elle est discutée avec chaque patient et sa famille.

Quant au calendrier du processus de transition, il doit être individualisé. Il dépend :

- ✓ du patient et de sa maturité physique et cognitive.
- ✓ De son niveau de développement
- ✓ De l'évaluation et ré-évaluation du patient

Une discussion précoce doit faire participer les parents, dès l'âge de 13-14 ans.

A la fin de cette séance une synthèse des journées est faite par Pr Zekri. Elle a noté que plusieurs défis attendent les pédiatres et médecins diabétologues adultes :

- L'âge de transition n'est pas tranché, il faut avertir et préparer tôt le patient, mettre en œuvre des RDV partagé quand le patient se sente prêt et proposer des entretiens motivationnels.
- S'intéresser à l'individu, assurer une éducation structurée, ne pas stéréotyper la transition et l'adapter selon l'environnement et le patient.
- Divergence des avis sur le lieu où s'exerce la transition.
- Une fiche de transfert s'impose en attendant l'élaboration de fiches électroniques.
- Un psychologue formé à la pathologie doit être intégré dans l'équipe.

Pr Semrouni a conclu cette première journée en annonçant la formation en transition des différents acteurs par des experts nationaux et internationaux et la nécessité de designer lors de la prochaine réunion des représentants régionaux Est, Centre/Sud, et Ouest, des binômes.

Secrétaire générale de la session : Pr S. BENMOHAMED.