

Atelier I sur l'autosurveillance glycémique : promotion d'un dialogue et d'une action utiles au niveau provincial

M. J. Dunbar, M. Ed.

Introduction

Le ministère de la Santé et du Mieux-Être de la Nouvelle-Écosse soutient un certain nombre de programmes, dont le Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS), qui a une fonction consultative. Ces programmes, qui visent à améliorer continuellement le système de soins de santé et à promouvoir des normes uniformes dans l'ensemble de la province, réunissent des groupes d'experts et des groupes de travail appelés à fournir des conseils, à recommander des modèles de prestation de services, à établir des normes et à en surveiller l'application, à guider les politiques et à faciliter le transfert et l'application des connaissances ainsi que le réseautage, à l'appui de pratiques exemplaires ou prometteuses. L'objectif est d'améliorer les soins et les résultats aux échelles locale, des districts et provinciale. L'élaboration de l'outil de décision du DCPNS relatif à l'autosurveillance glycémique (ASG), l'atelier sur l'ASG et les travaux de suivi connexes sont autant d'exemples convaincants de la rapidité avec laquelle un programme provincial peut mobiliser un large éventail d'experts et de fournisseurs de soins de santé de première ligne pour parler d'une question aussi importante que celle de l'ASG.

Contexte

« Toutes les personnes souffrant de diabète sucré devraient-elles surveiller elles-mêmes leur glycémie? » Depuis quelques années, on soulève de plus en plus cette question, alors que les patients et le système de soins de santé sont aux prises avec plusieurs problèmes : le coût des tests, le fait qu'il existe peu de données probantes quant à l'intérêt de ces tests pour certaines

populations et l'utilisation même des résultats des tests par les diabétiques et les fournisseurs de soins de santé. Le sujet n'est pas nouveau. L'American Diabetes Association et l'Association canadienne du diabète ont organisé des débats sur l'ASG à leurs conférences nationales, en 2005 et 2006 respectivement. En novembre 2006, l'Institute of Health Economics de l'Alberta a tenu la première conférence consensuelle canadienne sur l'autosurveillance du diabète. Des intervenants canadiens et étrangers ont présenté des données cliniques, ainsi que des perspectives économiques et stratégiques et le point de vue des consommateurs. Un groupe d'experts a synthétisé l'information et formulé des réponses à des questions prédéterminées dans un document consensuel à l'usage de tous les secteurs décisionnels concernés par l'ASG au Canada¹.

Ce travail consensuel a été suivi de travaux locaux, nationaux et internationaux, notamment une étude qualitative sur les points de vue et pratiques des professionnels de la santé en ce qui concerne l'ASG en Nouvelle-Écosse², des recommandations et des rapports de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)^{3,4}, des rapports d'évaluation des coûts de l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario⁵, des publications à comité de lecture⁶⁻⁸, des exposés présentés dans le cadre d'ateliers⁹ et les directives de la Fédération internationale du diabète intitulées *Self-Monitoring of Blood Glucose in Non-Insulin Treated Type 2 Diabetes*¹⁰ [Autosurveillance de la glycémie chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline].

Le DCPNS a participé à certains de ces travaux. Plus récemment, le Programme a mené des débats visant à guider et à éclairer les politiques et à contribuer à la découverte d'une solution durable et réaliste pour l'ASG. Une telle solution allégerait le fardeau de tests inutiles et parfois excessifs dans une population diabétique donnée. Les détails concernant l'atelier sur l'ASG sont présentés ci-dessous, tandis que les détails sur les travaux de suivi et sur l'outil de décision relatif à l'ASG sont présentés ailleurs¹¹.

Auditoire et objectifs de l'atelier

En janvier 2010, le DCPNS a invité un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé spécialisés dans le diabète à examiner les recommandations du Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) sur le recours à l'ASG pour les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline, plus particulièrement sur son utilisation, sa fréquence et son application en Nouvelle-Écosse. De nombreux observateurs locaux et nationaux ont également assisté à l'atelier afin de se faire une meilleure idée des discussions (tableau 1).

Il était demandé ce qui suit aux participants :

- Aider, à partir d'études de cas, à formuler des recommandations consensuelles préliminaires sur l'utilisation des bandelettes diagnostiques par les personnes souffrant de diabète sucré de type 2 non traitées par l'insuline;
- Définir des critères d'« exception » éventuels quant au besoin de bandelettes de test glycémique chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline;

Rattachement de l'auteur :

Diabetes Care Program of Nova Scotia, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Margaret (Peggy) J. Dunbar, Suite 548 Bethune Building, 1276 South Park Street, Halifax (N.-É.) B3H 2Y9; tél. : 902-473-3209; téléc. : 902-473-3911; courriel : peggydunbar@diabetescareprogram.ns.ca

TABLEAU 1

Participants invités et observateurs à l'atelier du Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS) sur l'autosurveillance glycémique (ASG)

Participants invités	Observateurs
<ul style="list-style-type: none"> Éducateurs des centres du diabète de chacune des neuf autorités sanitaires de district de la Nouvelle-Écosse <ul style="list-style-type: none"> Infirmières autorisées Diététistes professionnels Pharmaciens Médecins <ul style="list-style-type: none"> Médecins de famille Médecins spécialistes <ul style="list-style-type: none"> Internistes Endocrinologues Infirmières praticiennes 	<ul style="list-style-type: none"> Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) Section de la Nouvelle-Écosse de l'Association canadienne du diabète (ACD) Services pharmaceutiques, ministère de la Santé et du Mieux-Être de la Nouvelle-Écosse Drug Evaluation Unit, Capital District Health Authority (CDHA) Behaviour Change Institute, CDHA College of Pharmacy, Université Dalhousie Academic Detailing, Université Dalhousie Pharmacien, Santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Atlantique, Santé Canada

- Recommander les prochaines étapes en ce qui concerne les outils, le soutien et les communications à prévoir pour les patients et les fournisseurs de soins de santé.

Séances plénières

Quatre séances plénières portant sur le contexte néo-écossais ont aidé à comprendre les données probantes sur lesquelles repose la recommandation suivante du SCUOM³, p. 5 : [Traduction] « Pour les plupart des adultes atteint d'un diabète de type 2 prenant des médicaments anti-diabétiques oraux (sans insuline) ou aucun médicament antidiabétique, l'utilisation courante de bandelettes de test glycémique pour l'ASG n'est pas recommandée. »

Les séances plénières (tableau 2) étaient suivies d'un exercice où les participants devaient réfléchir aux questions suivantes :

- « Qu'avez-vous entendu... Qu'est-ce qui vous a convaincu? »
- « Quels sont les principaux messages que vous retirez de la séance plénière? »

Les six thèmes qui se sont dégagés sont présentés ci-dessous, avec de brefs résumés et/ou des citations illustratives.

1. Coût/gaspillage

- Conscience des coûts croissants et de la nécessité d'une responsabilisation financière : « Les économies potentielles sont énormes ».

2. Recherche

- Reconnaissance et meilleure compréhension du manque de données probantes en faveur de l'ASG et des avantages qu'elle procure.
- Nécessité d'autres études : « Qui profite de l'ASG et en quoi? »

3. Variantes dans la pratique

- Appréciation des variantes dans la pratique entre les professionnels du diabète.
- Besoin d'éducation et de programmes sur l'utilisation de l'ASG, sur l'interprétation des résultats et sur les suites à leur donner.

4. Messages

- L'information concernant l'incidence de l'ASG sur les résultats de santé, de même que les perceptions et les pratiques actuelles, doit être relayée aux diabétiques et aux fournisseurs de soins de santé.
- Il faut des messages cohérents et un recentrage de la surveillance des patients sur des points qui les aideront vraiment dans leur gestion quotidienne du diabète et dans les résultats qu'ils obtiendront – alimentation, activité/exercice, poids, persévérance dans la prise des médicaments, etc.
- Tous doivent s'entendre sur les recommandations quant aux personnes qui devraient recourir à ces tests et, dans cette éventualité, sur la fréquence des tests.

5. Évolution de la pratique

- Rien ne corrobore la croyance selon laquelle l'ASG est un élément motivateur et entraîne de meilleurs résultats dans cette population : « Nous devons repenser l'ASG pour les personnes qui en ont vraiment besoin et qui en tireront profit. Cette réflexion débouchera sur une immense évolution de la pratique et de nos rapports avec les patients. »

6. Perspectives

- Nécessité de modifier les directives actuelles sur l'ASG et de mieux comprendre en quoi l'ASG s'inscrit dans le concept d'autogestion de la santé.

Études de cas

La seconde moitié de l'atelier était centrée sur des études de cas et des travaux en petits groupes animés par des experts cliniques, les docteurs Lynne Harrigan (interniste) et Dale Clayton (endocrinologue). Les cas allaient de simples à complexes et portaient sur des considérations relatives à l'ASG ayant trait au diagnostic, au taux d'hyperglycémie, au type de traitement du diabète, au risque d'hypoglycémie et à l'influence de l'âge, de l'activité professionnelle, de l'intérêt, de la cognition et de la motivation.

Une première version de l'outil de décision de l'ASG élaboré par le DCPNS a

TABEAU 2
Séances plénière de l'atelier du Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS) sur l'autosurveillance glycémique (ASG)

Titre	Exposé de	Contenu
Autosurveillance de la glycémie : Faits saillants des recommandations de l'ACMTS	Denis Bélanger, B.Sc. (phm.), ACPR, directeur principal par intérim, ACMTS	La première réunion a permis de mieux comprendre la recommandation du SCUOM et l'approche retenue pour adopter une pratique optimale de l'ASG. L'exposé comprenait un aperçu des données probantes disponibles en ce qui concerne l'efficacité clinique de l'ASG, son rapport coût-efficacité, les coûts d'opportunité éventuels et les questions clés traitées dans les délibérations autour de la recommandation.
Autosurveillance de la glycémie : le point de vue du professionnel des soins de santé	Wayne Putnam, M.D., professeur agrégé, Department of Family Medicine, Université Dalhousie	Cette réunion a été l'occasion de prendre connaissance des conclusions préliminaires d'une étude qualitative ² réalisée en Nouvelle-Écosse « afin de mieux comprendre les recommandations des professionnels de la santé en ce qui concerne l'ASG, et son intérêt apparent, chez les adultes présentant un diabète de type 2 non traités par l'insuline et dont le diabète est bien maîtrisé ($A1C \leq 7\%$) ». Les entrevues avec des éducateurs spécialisés en diabète, des pharmaciens communautaires et des médecins/infirmières praticiennes révèlent des variantes entre les disciplines et au sein de celles-ci en ce qui concerne la fréquence de surveillance recommandée, les raisons de la surveillance, l'utilisation des résultats et les sources d'information jugées fiables relativement à l'ASG.
Points de vue des patients et des fournisseurs de soins de santé sur l'autosurveillance glycémique : faits saillants des groupes de réflexion de l'ACMTS	Denis Bélanger, B.Sc. (phm.), ACPR, directeur principal par intérim, ACMTS	Cette réunion a permis d'avoir un aperçu des points de vue des patients et des professionnels de la santé exprimés lors de groupes de discussion (Halifax et Ottawa) portant sur les messages clés de l'ACMTS relatifs à la pratique de l'autosurveillance. L'auteur de l'exposé a mis en lumière des variantes entre les patients, les médecins/infirmières praticiennes, les éducateurs spécialisés en diabète et les pharmaciens pour ce qui est des raisons pour lesquelles on utilise l'ASG, de l'intérêt des tests et de l'utilisation des résultats. Des diabétiques ont fourni d'autres points de vue sur les avantages et les inconvénients de l'ASG.
Utilisation des bandelettes de test glycémique : programmes d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse	Natalie Borden, B.Sc. (phm.), gestionnaire, Drug Utilization Review, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse	Le dernier exposé portait sur le coût actuel pour la N.-É. des médicaments pour le diabète et des bandelettes de test, et sur le nombre de bandelettes de test (et la gamme) utilisées dans les différents types de traitement du diabète (insuline, agents oraux, insuline et agents oraux, régime alimentaire seulement). Les conclusions des études les plus récentes sur ce sujet ^{5,8,12} ont été présentées, y compris les scénarios proposés pour réduire les coûts liés aux bandelettes de test glycémique.

Abréviations : ACMTS, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; ASG, autosurveillance glycémique; N.-É., Nouvelle-Écosse; SCUOM, Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments.

été présentée aux participants. Cet outil repose sur trois grands axes :

1. Instructions sur l'utilisation et l'interprétation de l'outil;
2. Indications et considérations relatives à l'ASG (p. ex. sécurité, utilisation prévue des résultats par la personne et son équipe soignante, et enseignement de l'autogestion);
3. Recommandations concernant l'ASG (exemples précis de tests peu fréquents et très fréquents mais « limités dans le temps »).

Les participants ont utilisé l'outil pendant qu'ils travaillaient à sept études de cas, comme ils l'auraient fait dans leurs fonctions. D'après eux, « l'outil permet un examen plus objectif de chaque cas et élimine de l'équation l'aspect émotif et subjectif ». Il a permis de se concentrer sur la sécurité des patients, sur les données probantes disponibles, sur l'intérêt et les capacités des individus, et sur l'utilisation des résultats par le fournisseur de soins de santé. Dans les cas où les tests sont recommandés, l'outil a également aidé les participants à en

déterminer la fréquence (p. ex. faible intensité, versus intensité élevée et limitée dans le temps).

Après les études de cas, les participants se sont engagés à poursuivre le dialogue et à affiner l'outil de décision relatif à l'ASG en répondant à des questions consensuelles et en se prêtant à un exercice sur les « souhaits et besoins » par courriel. Ces commentaires aideront à guider le DCPNS et d'autres partenaires dans l'élaboration et la prestation de ressources et de programmes visant à progresser vers une approche plus uniforme de l'ASG en Nouvelle-Écosse.

Conclusion et prochaines étapes

En faisant preuve de leadership et en s'employant à créer des partenariats, le DCPNS a démontré tout l'intérêt qu'il y a à aborder la question de l'ASG par un dialogue et des prises de décision à l'échelle locale, par un soutien aux fournisseurs de soins de santé et aux patients, ainsi que par des stratégies de diffusion planifiées et réfléchies visant

à mieux rejoindre divers groupes de fournisseurs de soins de santé.

Le DCPNS a affiné l'outil de décision de l'ASG et travaillé en collaboration avec ses partenaires et avec d'autres groupes intéressés afin de rejoindre tous les groupes de fournisseurs de soins de santé et parvenir à une approche et à des messages uniformes en ce qui concerne le recours à l'ASG chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline. Les résultats de ce travail ultérieur sont présentés dans un autre article¹¹.

Remerciements

Les responsables du Diabetes Care Program of Nova Scotia souhaitent remercier tous les participants à l'atelier sur l'autosurveillance glycémique de leur aide dans ce travail d'envergure; ils remercient aussi et les observateurs de leurs encouragements et de leur soutien. Ils désirent en particulier remercier Bev Harpell, Brenda Cooke et Lynne Harrigan d'avoir aidé à donner forme à la première version de l'outil de décision de

l'ASG et au programme de l'atelier sur l'ASG. Enfin, leurs remerciements s'adressent également à Pam Talbot, qui a contribué à la préparation de ce manuscrit.

Références

1. Institute of Health Economics. Consensus statement on self-monitoring in diabetes [Internet]. Edmonton (AB): Institute of Health Economics; 14-16 nov. 2006 [Consultation le 24 août 2010]. PDF (257 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.ihe.ca/documents/consensus_statement_complete_nov17_0.pdf
2. Latter C, McLean-Veysey P, Dunbar P, Frail D, Sketris I, Putnam W. Self-monitoring of blood glucose: what are health care professionals recommending? *Can J Diabetes*. 2011;35(1):31-8. [Comprend un résumé en français]
3. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Optimal therapy recommendations for the prescribing and use of blood glucose test strips. Optimal Therapy Report – COMPUS [Internet]. Ottawa (Ont.): CADTH; 2009 Jul;3(6) [Consultation le 24 août 2010]. PDF (530 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.cadth.ca/media/pdf/compus_BGTS_OT_Rec_e.pdf
4. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Current practice analysis of health care providers and patients on self-monitoring of blood glucose. Optimal Therapy Report – COMPUS [Internet]. Ottawa (Ont.): CADTH; 2009 Mar;3(5) [Consultation le 24 août 2010]. PDF (600 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.cadth.ca/media/pdf/compus_Current_Practice_Report_Vol-3-Issue-5.pdf
5. Gomes T, Juurlink DN, Shah BR, Paterson JM, Mamdani MM. Blood glucose test strip use: patterns, costs and potential cost reduction associated with reduced testing. Toronto (Ont.): Institute for Clinical Evaluative Sciences; déc.2009 [Consultation le 24 août 2010]. 21 p. PDF (938 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.ices.on.ca/file/Blood%20Glucose%20Test%20Strip_Dec2009.pdf
6. Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A et collab. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* [Internet]. 21 juillet 2007 [Consultation le 24 août 2010]. PDF (141 Ko) téléchargeable à partir du lien : <http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7611/132> doi:10.1136/bmj.39247.447431.BE
7. Boutati EI, Raptis SA. Self-monitoring of blood glucose as part of the integral care of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009 Nov;32(Suppl2):S205-10.
8. Cameron C, Coyle D, Ur E, Klarenbach S. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ* [Internet]. 2010 Jan 12;182(1):28-34. Epub, 21 déc. 2009 [Consultation le 24 août 2010]. PDF (300 Ko) téléchargeable à partir du lien : <http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.090765v1> doi:10.1503/cmaj.090765
9. Self Monitoring of Blood Glucose: An Essential Component of Diabetes Management? Preconference panel presentation at the International Diabetes Federation's 20th World Diabetes Congress; 18-22 oct. 2009; Palais des Congrès de Montréal, Montréal (QC).
10. International Diabetes Federation. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated type 2 diabetes. Brussels (BE): International Diabetes Federation; 2009. 44 p. PDF (810 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://www.idf.org/webdata/docs/SMBG_EN2.pdf
11. Dunbar MJ. Atelier II sur l'autosurveillance glycémique : élaboration et diffusion de l'outil de décision du DCPNS relatif à l'autosurveillance glycémique chez les diabétiques de type 2 non traités par l'insuline. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2011;32(1):66-8.
12. Blood glucose self-monitoring: benefit is not proven for non-insulin-dependent patients with type 2 diabetes [press release on Internet]. Cologne (DE): Institute for Quality and Efficiency in Health Care; 14 déc. 2009 [Mise à jour le 30 avril 2010; consultation le 24 août 2010]. Consultable à la page : <http://www.iqwig.de/blood-glucose-self-monitoring-benefit-is-not.997.en.html>