

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

M. J. Dunbar, M. Ed.

Introduction

On a décrit dans un autre article le rôle du ministère de la Santé et du Mieux-Être de la Nouvelle-Écosse ainsi que le travail du Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS) et de ses partenaires dans l'étude de la question controversée de l'autosurveillance glycémique (ASG) chez les personnes atteintes d'un diabète sucré de type 2 non traité par l'insuline¹. Ce travail préliminaire englobait les premières mesures prises pour orienter et engager les discussions et obtenir un consensus sur la nécessité d'une ASG et la fréquence de son utilisation au sein de cette population. On désirait également présenter un outil préliminaire à l'intention des fournisseurs, en vue de leur participation à la prise de décision concernant l'ASG.

Contexte

Depuis quelques années, la question de savoir si toutes les personnes atteintes de diabète devraient surveiller elles-mêmes leur glycémie se pose de plus en plus. Les individus et/ou le système de soins de santé sont aux prises avec plusieurs problématiques : 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'utilité même des résultats des tests d'ASG pour aider les patients à gérer leur maladie. En janvier 2010, le DCPNS a invité un groupe multidisciplinaire de professionnels de la

santé spécialistes du diabète à examiner les recommandations sur 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. Les travaux de cet atelier sont présentés dans un autre article¹. Nous examinerons ici les travaux de suivi, notamment le perfectionnement et la diffusion de l'outil *DCPNS Non-Insulin Using Type 2 Diabetes : Decision Tool for Self-Monitoring of Blood Glucose* [Diabète de type 2 non traité par l'insuline : outil de décision relatif à l'autosurveillance glycémique du DCPNS, traduit et reproduit en annexe²], et évaluerons l'utilité de soutenir le changement et de promouvoir une approche uniforme chez les groupes de fournisseurs et dans les milieux de pratique, ainsi que les partenariats nécessaires à cette fin.

Commentaires issus de l'atelier

À la suite de l'atelier sur l'ASG organisé en janvier 2010, les participants ont répondu à une série de questions consensuelles. Cette activité a mis en évidence la puissance des données probantes et du dialogue réfléchi pour l'obtention d'un consensus sur ces vastes questions en débat et, ce qui est beaucoup plus complexe, sur l'élaboration des approches normalisées (spécifiques), étant donné les différences d'un patient et d'un fournisseur à l'autre. Le perfectionnement de notre outil de décision (facteurs

à considérer, exemples de tests) et les exemples de cas à l'appui (allant du plus simple au plus complexe) sont le fruit de cette rétroaction (tableau 1).

Un exercice sur les « souhaits et besoins » a permis aux participants de répondre à la question : « De quoi avez-vous besoin pour vous aider à concrétiser les changements discutés [lors de l'atelier sur l'ASG] dans votre milieu de pratique? » Les participants devaient examiner cette question en tenant compte de trois éléments distincts : les diabétiques, les fournisseurs de soins de santé et les autres organisations et organismes. Ces réponses ont servi à soutenir et à planifier une approche de l'ASG propre à la Nouvelle-Écosse qui englobe des partenariats, des séances interdisciplinaires, des articles de bulletin d'information, des exposés à l'intention des groupes d'intervenants clés, la création de vidéos éducatives permettant aux fournisseurs d'apprendre à leur rythme et de la documentation destinée aux patients (tableau 2).

Diabète de type 2 non traité par l'insuline : outil de décision relatif à l'autosurveillance glycémique

Après plusieurs versions et à la suite des précieux commentaires formulés par les membres du groupe de travail et de nombreux autres personnes, le DCPNS a mis la dernière touche à son outil de décision d'une page. La création du document

* L'outil de décision est disponible à l'annexe A (en ligne seulement), consultable à la page : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/32-1/ar-09-fra.php#ar0907>

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

Diabète de type 2 non traité par l'insuline : outil de décision relatif à l'autosurveillance glycémique répond à la nécessité d'adopter une approche plus uniforme dans la façon de prescrire et mettre en pratique l'ASG auprès des différents groupes de fournisseurs de soins de santé (médecins, pharmaciens, éducateurs spécialisés en diabète et autres). Cet outil doté d'un code de couleurs oriente les discussions de groupe et les décisions individuelles à propos des principaux sujets de préoccupation concernant l'ASG (outil traduit et reproduit en annexe[†]). Il faut tenir compte de quatre domaines clés :

- la sécurité (c.-à-d. le risque d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie);
- les mesures adéquates et rapides prises par les fournisseurs de soins de santé en fonction des résultats de l'ASG;
- les connaissances, les compétences et la motivation de l'individu lorsqu'il s'agit d'effectuer le test et de consigner les résultats, de même que sa capacité à interpréter ces résultats et à agir en conséquence;
- l'enseignement de l'autogestion.

Cet outil de décision renforce certaines notions essentielles, appelle des réponses de type oui/non aux questions clés, amène l'utilisateur à considérer certains autres éléments déterminants dans la décision de s'autosurveiller (notamment l'âge, une santé fragile, les connaissances et la situation financière), fournit des exemples de tests à fréquence faible et à fréquence élevée et insiste sur la nécessité pour ceux qui les utilisent que ces tests soient limités dans le temps.

Vu la nécessité d'informer et de sensibiliser par divers moyens, deux courtes vidéos éducatives viennent appuyer la diffusion et l'adoption de l'outil de décision. La première vidéo, *SMBG Decision Tool for Health Care Providers* [Outil de décision relatif à l'ASG à l'intention des fournisseurs de soins de santé], présente la raison d'être de l'outil de décision à la lumière des données probantes et des particularités locales. Des experts s'expriment sur divers questions : leur point de vue sur l'ASG dans la population atteinte de diabète

TABEAU 1
Réponses aux questions consensuelles posées dans le cadre de l'atelier sur l'autosurveillance glycémique (ASG) du Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS)

1. Est-ce que toutes les personnes atteintes de diabète sucré (DS) de type 2 non traité par l'insuline ont besoin de mesurer leur glycémie?
<ul style="list-style-type: none"> • 87 % : non • 13 % : oui, mais pas de façon régulière
2. Devrait-on réduire la fréquence des tests chez les personnes atteintes de DS de type 2 non traité par l'insuline?
<ul style="list-style-type: none"> • 100 % : oui, pour des motifs précis, au cas par cas
3. À des fins éducatives (d'autogestion), est-ce que toutes les personnes devraient subir un test au moment du diagnostic?
<ul style="list-style-type: none"> • 33 % : non • 40 % : oui • 27 % : cela devrait être un choix fondé sur l'intérêt et la volonté de la personne, les valeurs glycémiques et l'utilisation prévue des résultats
4. Est-il possible d'autoriser un nombre maximal de bandelettes dans une population atteinte de DS de type 2 non traité par l'insuline?
<ul style="list-style-type: none"> • 7 % : non • 93 % : oui, pourvu que d'autres facteurs d'admissibilité soit pris en compte, par exemple les périodes de maladie
5. L'enseignement de l'autogestion, s'il est souhaitable, doit d'abord être centré sur une ASG échelonnée et limitée dans le temps, sur une période définie. Faites-nous part de votre opinion (à quoi cela devrait-il ressembler; combien de tests et pendant combien de temps).
<ul style="list-style-type: none"> • Aucun consensus, réponses comprises <ul style="list-style-type: none"> ◦ Normalisation impossible ◦ 1-2 semaines avec l'ASG (à différents moments et à des fréquences différentes) ◦ 1-4 mois

Abréviations : ASG, autosurveillance glycémique; DS, diabète sucré.

sucré de type 2 non traité par l'insuline, la justification entourant le changement de pratique, les possibilités que ce changement apporte tant chez les patients que chez les fournisseurs, ainsi que la valeur de l'outil de décision pour ce qui est de réduire la subjectivité et de promouvoir une approche plus réfléchie de l'ASG. La seconde vidéo, *Use of the SMBG Decision Tool and Case Studies* [Utilisation de l'outil de décision relatif à l'ASG et études de cas], présente l'outil et en explique l'utilisation. Elle souligne les caractéristiques de l'outil, fournit un exemple détaillé de cas, donne un résumé des principes et des mises en garde servant à guider l'application future de l'outil et présente trois autres études de cas (cas nouvellement diagnostiqués et cas de longue date) qui permettent aux fournisseurs d'être autonomes[‡].

Le lancement officiel était prévu pour septembre 2010, mais l'outil (sans les vidéos) a d'abord été présenté aux médecins, aux pharmaciens et aux éducateurs spécialisés en diabète en mai

2010, par l'entremise de séances détaillées organisées par le bureau d'enseignement médical continu de l'Université Dalhousie. Dès février 2011, l'outil et les vidéos sont devenus l'objet principal d'ateliers interprofessionnels tenus en Nouvelle-Écosse. Ces séances communautaires continuent à être offertes gratuitement aux médecins, aux éducateurs spécialisés en diabète et aux pharmaciens communautaires de même qu'aux professionnels intéressés œuvrant en santé communautaire, dans les soins hospitaliers ou dans les soins ambulatoires. Les séances sont animées par des représentants du département d'enseignement médical et pharmaceutique continu de l'Université Dalhousie, de l'unité d'évaluation des médicaments de Capital Health et du DCPNS, avec le soutien d'un expert local du domaine clinique. Chaque séance de 90 minutes comprend un jeu de rôle, un aperçu des données probantes (l'accent étant mis sur le contexte local) et l'utilisation de la deuxième vidéo sur l'ASG pour présenter l'outil de décision et ses diverses caractéristiques, suivis

[†] L'outil de décision est disponible à l'annexe A (en ligne seulement), consultable à la page : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/32-1/ar-09-fra.php#ar0907>

[‡] Il est possible de consulter l'outil de décision et les vidéos à l'adresse <http://www.diabetescareprogram.ns.ca>

TABLEAU 2
Réponses à l'exercice sur les souhaits et les besoins dans le cadre de l'atelier sur
l'autosurveillance glycémique (ASG) du Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS)

Diabétiques
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation quant à la raison d'être du test et au moment de l'effectuer (incluant le bien-fondé scientifique et les recommandations). Documentation à remettre aux points de vente, accompagnée de messages uniformes sur le moment où il faut effectuer les tests et la fréquence de ceux-ci. Dans le cas des personnes venant de recevoir un diagnostic de diabète sucré, insister sur les autres aspects de l'autogestion comme l'alimentation et l'exercice. Campagne de promotion multidimensionnelle par l'intermédiaire des principaux intervenants : ACD, centres de diabète, pharmacies, cabinets de médecins, etc.
Fournisseurs de soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> Lignes directrices uniformes accompagnées de recommandations claires sur la façon et le moment d'effectuer les tests. Outil de décision corrigé et amélioré. Enseignement interprofessionnel au moyen de divers médias, dont la formation continue Documentation à l'intention des patients, expliquant la raison des changements apportés à la pratique de l'ASG. Information sur la prévention : comment aborder, encourager et soutenir les changements nécessaires. Politiques et sensibilisation à l'intention des divers fournisseurs de soins liés au diabète (p. ex. VON, gestionnaires de soins de longue durée) et des éducateurs en soins de santé (p. ex. collèges communautaires et programmes universitaires). Articles dans le bulletin d'information du DCPNS, le bulletin d'information de Pharmacare, etc.
Autres organismes et organisations (p. ex. ACD, MSME, Croix Bleue Medavie, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Nouvelles lignes directrices fondées sur des données probantes : l'ACD doit jouer un rôle de premier plan dans l'appui/la diffusion du message concernant les changements apportés à l'ASG par l'entremise de publications destinées à ses patients et à ses fournisseurs, de son site Web, etc. Collaboration entre les organismes. Envois postaux aux clients qui utilisent les services Pharmacare du gouvernement provincial, aux assureurs privés comme Croix Bleue Medavie, etc. Distribution de renseignements sur les « pratiques exemplaires » aux organismes concernés. Sensibilisation à l'ASG et information sur l'accès aux programmes et aux services.

Abréviations : ACD, Association canadienne du diabète; DCPNS, Diabetes Care Program of Nova Scotia; MSME, Ministère de la Santé et du Bien-être; VON, Infirmières de l'Ordre de Victoria.

de travaux en petits groupes sur des études de cas animés par l'expert du domaine clinique.

Prochaines étapes

Dans le but de promouvoir l'outil et de souligner la nécessité d'adopter une approche uniforme de l'ASG, diverses activités se poursuivent : présentations synthétiques, exposés lors de congrès, invitations à prendre la parole et mise en commun de l'information avec les provinces et les organismes qui manifestent un intérêt pour ce sujet. Un plan d'évaluation est en cours d'élaboration : il comportera la surveillance des pratiques de prescription par l'entremise du programme Pharmacare du ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse et un examen des pratiques des éducateurs spécialisés en diabète quant à l'utilisation de l'outil et l'approche du counseling.

À l'heure actuelle, le DCPNS élabore un outil de décision parallèle destiné aux diabétiques. Cet outil expliquera pourquoi les pratiques recommandées concernant l'ASG ont changé et comprendra un autotest simple pour aider les personnes à déterminer si elles ont besoin de l'ASG. Pour celles qui en ont besoin, des lignes directrices simples indiqueront à quel moment et à quelle fréquence il faudra effectuer les tests.

Ce travail de longue haleine va tirer profit de la contribution de nombreux partenaires, qui ont déjà offert du soutien, des encouragements et leurs points de vue. La question de l'ASG concerne non seulement l'éducateur spécialisé en diabète, mais touche tous les fournisseurs qui interagissent avec les diabétiques, de même que les personnes qui vivent avec le diabète et les membres de leur famille. Une approche mesurée de

l'ASG profitera aux diabétiques : outre leurs doigts épargnés, un recours moindre aux tests signifie une utilisation plus efficace des dollars qu'ils consacrent à leurs soins de santé sans compromettre les résultats pour leur santé. Le système de santé tirera également profit d'une utilisation plus appropriée de l'ASG, en réduisant le fardeau associé à des tests inutiles et coûteux.

Remerciements

Les responsables du Diabetes Care Program of Nova Scotia souhaitent remercier tous les participants à l'atelier sur l'autosurveillance glycémique ainsi que le personnel du DCPNS de leur aide dans ces travaux d'envergure; ils remercient aussi les observateurs de leur encouragement et de leur soutien. Ils tiennent également à souligner la participation du département d'enseignement médical et pharmaceutique continu de l'Université Dalhousie et celle de l'unité d'évaluation des médicaments de Capital Health, avec qui ils ont travaillé en collaboration et créé un précieux partenariat pour la planification et la prestation des séances d'enseignement interdisciplinaire d'un bout à l'autre de la Nouvelle-Écosse.

Enfin, les responsables remercient tout spécialement Pam Talbot, qui a contribué à la préparation de ce manuscrit.

Référence

1. Dunbar MJ. Atelier I sur l'autosurveillance glycémique : promotion d'un dialogue et d'une action utiles au niveau provincial. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2011;32(1):62-5.