



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

L'auto surveillance glycémique, clé de voûte de l'éducation thérapeutique...

Dr Dominique MEGRAOUA

Pilote du Programme Diabète
Agence Sanitaire et Sociale de NC
Poindimié - Septembre 2011



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

..., mais pas d'ASG sans
éducation thérapeutique !



L'ASG ou le « symptôme manquant » :

un outil pour le patient,

un outil pour les soignants

L'éducation thérapeutique

- Une nouvelle posture pour le soignant qui partage le savoir et donc le pouvoir
 - Le médecin n'ordonne plus
 - Le patient n'est plus passif, il devient acteur et même mieux, **auteur**

Philosophie de l'E.T.



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

Née dans les années 1970 de la nécessité d'associer à la thérapie médicamenteuse une **approche plus globale du patient** afin d'améliorer son état de santé et de réduire ou de diminuer l'apparition de récurrences ou de complications.

Quelle définition ?

Des définitions officielles...

- Un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient
- Des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, de soutien psychologique et social
- Concernant la maladie, le traitement, les soins, l'organisation de la prise en charge, les comportements de santé
- Afin d'aider les patients (et leurs proches) à renforcer ou acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre au mieux avec leur maladie.

Organisation mondiale de la santé, 1998
Haute Autorité de santé, 2007

Quelle définition ?

...vers une définition simple

- Et s'il s'agissait simplement d'aider le patient à prendre soin de lui-même...
- ... en favorisant son implication dans les décisions et les actions relatives à sa santé.

Il s'agit de remettre le malade au coeur de notre système de soins pour mieux répondre à sa place décisionnelle dans le processus de prise en charge :

- **Le risque choisi** est un élément du choix de vie de chacun de nous. Nous devons savoir l'éclairer et le respecter
- C'est la personne, dans sa singularité et sa globalité, qui est l'objet d'attention des soignants et non seulement l'organe atteint
- La relation soignant-malade est avant tout caractérisée comme une **rencontre nécessitant la négociation, l'acceptation de compromis**, le cheminement dans une certaine profondeur

On en parle à l'Élysée !

« Le patient doit être un partenaire actif de la prise en charge de sa maladie.

[...] Je place de grands espoirs dans l'éducation thérapeutique, qui permet au patient de mieux comprendre sa maladie et son traitement.

[...] L'éducation thérapeutique est un facteur déterminant de notre état de santé. »

Sarkozy N., 18/10/2010

Quel est le problème ?


- De nombreuses personnes sont atteintes de maladie chronique
 - Beaucoup d'entre elles ont du mal à suivre pleinement les prescriptions et les conseils de leurs médecins
 - La formation initiale des professionnels de santé les prépare mal à accompagner au long cours des personnes atteintes de maladie chronique
- Conséquences
 - Du côté des patients : l'état de santé se détériore
 - Du côté des soignants : le sentiment d'échec apparaît
 - Du côté des caisses : le trou se creuse

Ce que dit la loi...

- « L'éducation doit impliquer l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient tant en ambulatoire qu'à l'hôpital et propose une meilleure coopération entre les différents professionnels.
- Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient.
- Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. »

Une véritable évolution des pratiques ?

- Le soignant interroge le patient
- Il établit un diagnostic éducatif (identifie les compétences que le patient doit acquérir)
- Il prescrit des séances d'éducation thérapeutique
- Il utilise des méthodes pédagogiques interactives et variées pour favoriser les apprentissages
- Le patient participe aux séances et essaye de suivre les conseils
- Le soignant vérifie l'efficacité de l'éducation (évaluation)



Dans l'idéal,
l'éducation thérapeutique
s'articule en 3 niveaux :

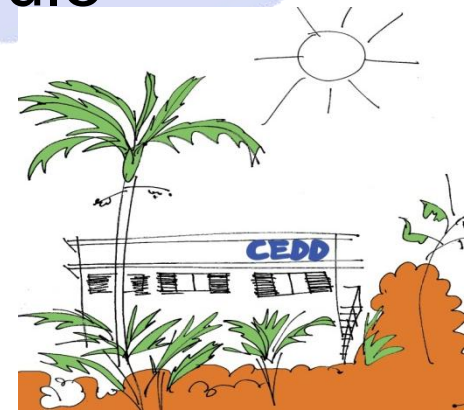
1° niveau

- Éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours* :
 - pour tous les diabétiques
 - par le médecin généraliste, l’infirmier à domicile, la diététicienne libérale, le podologue libéral, le psychologue libéral, le pharmacien, le biologiste... initiés
 - au plus près des lieux de vie et de soins des patients (sur le lieu d’exercice ou à domicile)

*recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique, 2009

2° niveau

- Éducation thérapeutique dans le cadre d'un programme structuré :
 - pour les patients le nécessitant (presque tous)
 - par une équipe pluri disciplinaire formée (formation de niveau 1 de 40H)
 - au plus près des lieux de vie des patients dans un centre dédié (centre ou cellule d'éducation thérapeutique)



3° niveau

- Éducation thérapeutique spécialisée :
 - pour des patients le nécessitant peu nombreux (insulinothérapie fonctionnelle, pompe à insuline...)
 - par un diabétologue et son équipe formés (formation de niveau 1 de 40H)
 - à l'hôpital ou en clinique



À part

- Éducation thérapeutique lors d'une hospitalisation pour une complication ou une décompensation :
 - pour les patients hospitalisés
 - par un diabétologue et son équipe formés (formation de niveau 1 de 40H)
 - à l'hôpital ou en clinique



Une méthode de travail

- Établir des liens avec les autres acteurs du parcours de santé
- Aménager un environnement favorable à l'éducation
- Mettre en œuvre, avec les patients, une démarche éducative personnalisée

Organisation Programme Diabète 2011-2015

Comite technique

Coordination / Évaluation

Comité scientifique

Groupe évaluation

Groupe épidémiologie

Lobbying auprès des décideurs

Lobbying auprès des prof de santé

Motivation

Formation professionnels santé

Campagne média grand public

Formation

Formations spécifiques

Formation relais non santé

Dépistage

Grossesse

Enfant

Educ théra

Prise en charge sociale

Actions


Traitement

Prise en charge opthalgo

Prise en charge podolo



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie



Attendu pour
la Journée Mondiale du Diabète
le 14 novembre



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

L'auto surveillance glycémique

clé de voûte de l'éducation
du patient diabétique



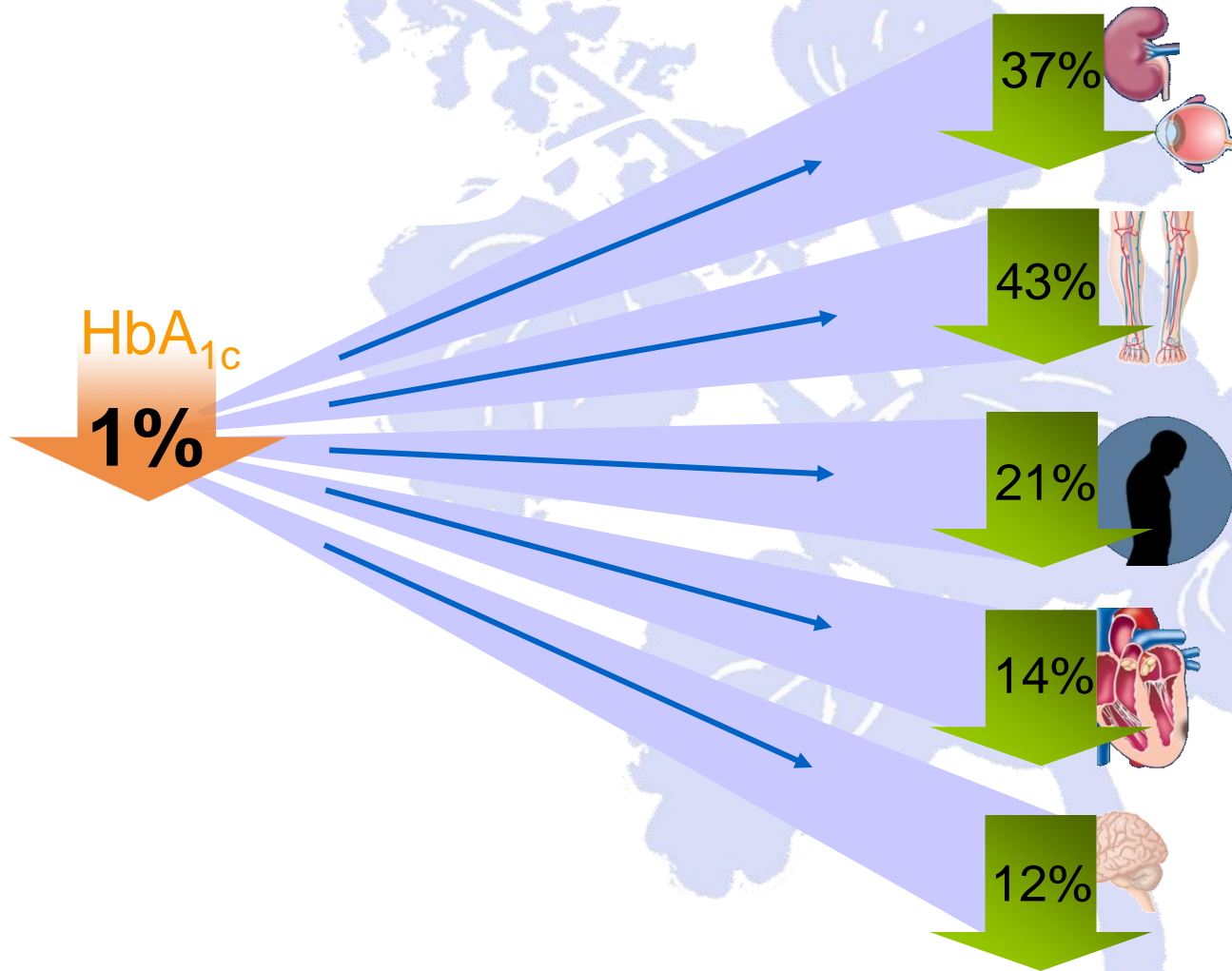
AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie



Ce que dit l'HAS

L'équilibre de la glycémie

- Est un objectif majeur de la prise en charge du diabète.
- Il permet de prévenir les complications vasculaires à long terme et d'éviter les complications métaboliques aiguës (malaise, coma).
- Les principaux moyens de son suivi sont l'autosurveillance glycémique et la surveillance du taux d'hémoglobine glyquée.



L'autosurveillance glycémique

L'autosurveillance glycémique DOIT ÊTRE :

- systématique et pluriquotidienne dans le diabète de type 1
- limitée à certains patients, en fonction des situations cliniques, dans le diabète de type 2
- inscrite dans une démarche d'éducation du patient

Lors de la prescription

Il est indispensable d'expliquer au patient les enjeux et d'organiser avec lui cette autosurveillance :

- fréquence
- fixation des horaires
- objectifs glycémiques
- décisions thérapeutiques à prendre en fonction des résultats.

L'autosurveillance glycémique

- Elle n'a d'intérêt que si elle est susceptible d'entraîner une modification de la thérapeutique.
- Elle doit donc s'inscrire dans une démarche d'éducation du patient sur ses objectifs glycémiques et les décisions à prendre lors d'une dérive glycémique.

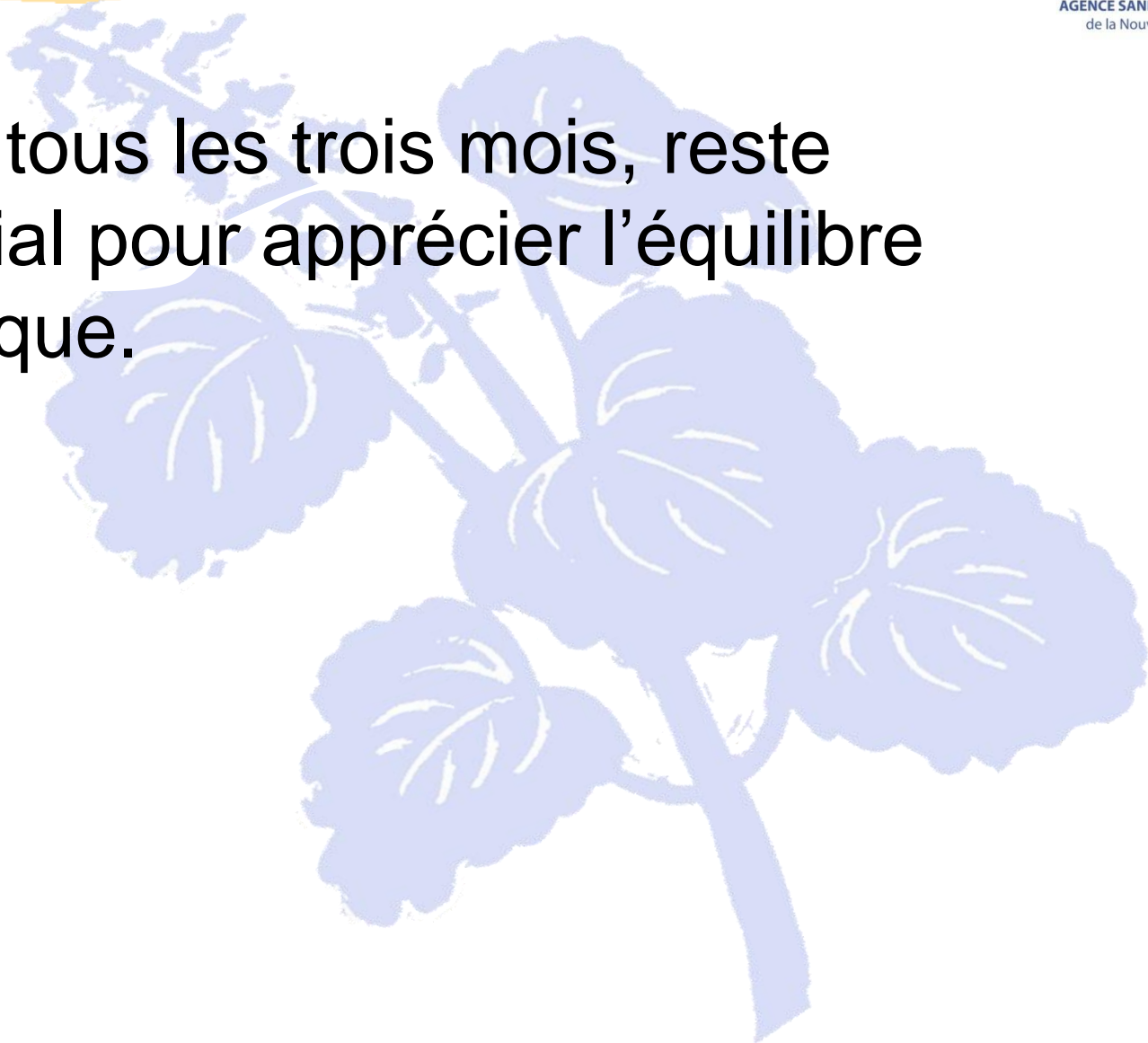
- Elle est utile lorsqu'une insulinothérapie est en cours, prévue à court ou moyen terme, ou lorsque le traitement médicamenteux comprend un sulfamide ou un glinide.
- Si l'objectif glycémique n'est pas atteint et que l'observance n'est pas satisfaisante, l'ASG peut s'avérer utile **pour démontrer au patient l'effet de l'activité physique, de l'alimentation et du traitement médicamenteux.**

Le taux d'HbA1c



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

mesuré tous les trois mois, reste primordial pour apprécier l'équilibre glycémique.



Intérêt de l'ASG pour le patient

« Comprendre et Agir »

L'autosurveillance glycémique

va permettre au patient de mieux apprécier les effets :

- de l'alimentation,
- de l'effort physique
- des médicaments

La fréquence

- Plus le diabète est déséquilibré
- Plus le patient cherche à comprendre
- Plus les horaires habituels de vie sont modifiés

Si le patient pratique rarement l'ASG, le risque d'erreur technique augmente

La fixation des horaires

- Le matin +++
- En fin d'après midi ++
- Balayage complet du profil nycthémeral : avant et 2H après chaque repas, et la nuit



Les objectifs glycémiques (à individualiser)

- Avant les repas : 80 à 110 mg/dl
- 2H après les repas : < 160 mg/dl

Les décisions thérapeutiques à prendre en fonction des résultats

Devant toute dérive glycémique (hypo ou hyper), le patient éduqué se pose 2 questions :

- « Qu'est ce que j'ai fait pour avoir ce mauvais résultat (les causes) ? »
- « Qu'est ce que je vais pouvoir faire pour corriger ce mauvais résultat (la conduite à tenir) ? »

Les causes ou erreurs possibles

- Alimentation ?
- Activité physique ?
- Médicaments ?

La conduite à tenir

- Alimentation
- Activité physique
- Médicaments



...et la bonne tenue du carnet



Outil de communication et de suivi avec le médecin



Intérêt de l'ASG pour le soignant

Adaptation thérapeutique

des ADO et des injectables :

- Médicaments ciblant la glycémie à jeun
- Médicaments ciblant les glycémies post prandiales



Médicaments ciblant la glycémie à jeun

ADO

- Biguanides :
 - Glucophage
 - Metformine
 - Stagid

Injectables

- Insulines lentes :
 - Lantus
 - Levemir



Médicaments ciblant les glycémies post prandiales

ADO

- Sulfamides :
 - Amarel ; Diamicron ; Daonil
- Glinides :
 - Novonorm
- Inh DPP4 :
 - Januvia ; Velmetia ; Galvus
- Inh a glucosidases :
 - Glucor ; Diastabol

Injectables

- Incrétines :
 - Byetta
 - Victoza
- Insulines rapides :
 - Apidra
 - Humalog
 - Novorapid



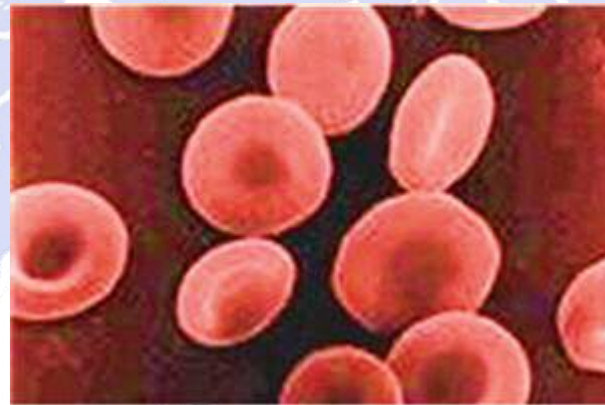
Discordance GC et HbA1c

Devant de bonnes glycémies capillaires à jeun et une mauvaise HbA1c :

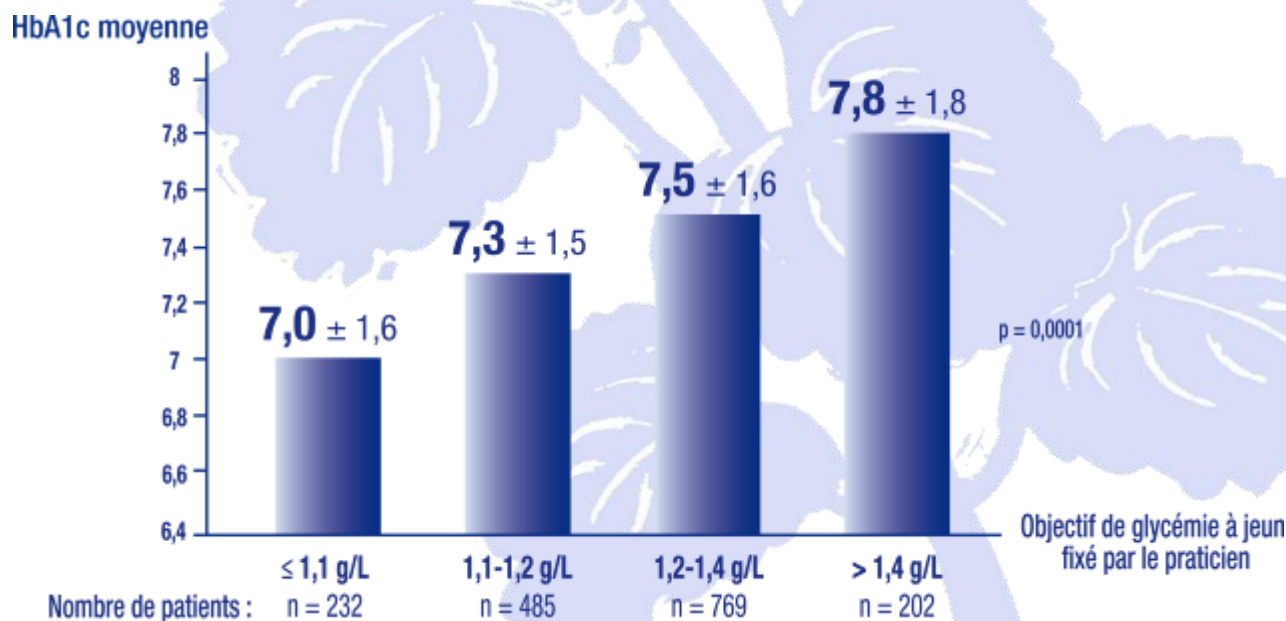
- Demander des glycémies post prandiales
- Vérifier le lecteur, les électrodes, la technique de prélèvement, la mémoire (triche)

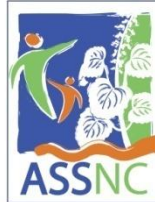
Interprétation critique de l'HbA1c

L'HbA1c peut être bonne (il s'agit d'une moyenne sur 3 mois) avec des variations glycémiques importantes (hypo et hyper) et particulièrement délétères (delta glycémique)



Il existe une corrélation positive entre l'objectif de glycémie à jeun fixé par le médecin et les résultats glycémiques des patients





AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

Le matériel

- L'exactitude et la précision de l'ensemble de la procédure d'ASG dépassent celles des appareils de lecture et incluent en plus la compétence technique du patient et la qualité technique des bandelettes (homogénéité du lot).
- L'utilisateur est dépendant du fabricant pour la qualité des bandelettes dans la limite de la date de péremption et sous réserve qu'elles soient, une fois le flacon ouvert, à l'abri de l'humidité.

- L'ASG donne lieu en pratique à de nombreuses erreurs techniques qu'il convient de minimiser par une bonne éducation des utilisateurs et par des contrôles de qualité réguliers.
- Les erreurs les plus fréquentes sont les suivantes :
 - erreur dans la manipulation des bandelettes réactives (goutte de sang de volume inadéquat)
 - non respect de la chronologie de la procédure qui varie suivant les lecteurs
 - mauvais entretien de l'appareil lecteur (nettoyage fréquent de la fenêtre de lecture)
 - calibration inadéquate (changer les bandelettes étalon selon recommandations du fabricant).

- Compte-tenu de la fréquence relative de ces différentes erreurs, les systèmes qui conjugent la lecture visuelle de la bandelette et sa lecture par l'appareil représentent une sécurité car ils permettent au patient de se rendre compte d'une grosse discordance.

- Dans l'ensemble, utilisés dans des conditions techniques optimales, les appareils disponibles sur le marché présentent une bonne exactitude (étalonnage) et une bonne précision (reproductibilité) lorsqu'on compare les résultats qu'ils donnent à la mesure de la glycémie au laboratoire.
- Il existe cependant des différences non négligeables de qualité des résultats entre les appareils.

- L'exactitude des différents appareils est généralement optimale entre 0.80 g/l (4.5 mmol/l) et 2.50 g/l (14mmol/l). Elle est moindre aux deux extrêmes.
- Elle peut être faussée par des variations importantes de l'hématocrite.
- L'objectif de qualité doit être le suivant, moins de 10% de différence mais après correction (la valeur de la glycémie capillaire sur sang total est inférieure de 15% environ pour un hématocrite normal, du fait de la présence des hématies, à la valeur de la glycémie mesurée sur le plasma) dans 95% des cas (à réaliser 1 fois par an).

Prise en charge limitée à

- 1 lecteur tous les 4 ans par adulte
- 2 lecteurs tous les 4 ans pour enfants < 18 ans

- 1 stylo autopiqueur par an par adulte
- 2 stylos autopiqueurs par an pour enfants < 18 ans

Principaux critères de choix

- ☑ Simplicité d'utilisation
- ☑ Précision du résultat
- ☑ Temps d'affichage des résultats
- ☑ Taille de l'appareil
- ☑ Taille de l'écran de visualisation du résultat
- ☑ Taille des chiffres
- ☑ Rétro éclairage de l'écran
- ☑ Taille de la goutte de sang
- ☑ Calibration de l'appareil (nécessité de codage ou pas)
- ☑ Température d'utilisation
- ☑ Altitude maximale d'utilisation
- ☑ Entretien de l'appareil
- ☑ Possibilités logicielles
- ☑ Interférences médicamenteuses