Autosurveillance glycémique

Bulletin sur la thérapie optimale de l'ACMTS

ACMTS

Chaque personne affectée par le diabète de type 2 devrait le faire, non?

Depuis qu'elle a été adoptée dans la pratique clinique au début des années 1980, l'autosurveillance glycémique est devenue l'outil principal du contrôle en dehors du milieu clinique. Les lignes directrices de pratique clinique préconisent son utilisation pour toute personne qui vit avec le diabète. Mais bien que l'autosurveillance soit devenue pratique courante, particulièrement chez les diabétiques de type 2 qui ne suivent pas une insulinothérapie, ses avantages ne sont pas évidents. Il est tout aussi difficile de recommander une fréquence pour les tests.

Au Canada, l'autosurveillance est de mise chez le diabétique de type 2 qui ne prend pas d'insuline. Elle représente plus de 50% des dépenses faites pour ces patients, en bandelettes glycémiques.

Comme fournisseur de soins de santé, vous voulez ce qu'il y a de mieux, des points de vue cliniques et économiques, pour ceux qui souffrent du diabète de type 2. Vous voulez maximiser les résultats en santé et vous ne pensez pas que le patient ou le système de santé devraient payer pour des interventions qui ne vont pas dans ce sens. En sachant cela, vous voulez avoir des réponses aux questions suivantes :

- *Les tests glycémiques sont-ils mandataires pour les diabétiques de type 2 qui ne prennent pas d'insuline? Comment savoir quoi faire pour les cas semblables traités avec de l'insuline?*
- ***Si la réponse est oui, quelle serait la fréquence des tests à prescrire?***

Cette information est importante pour trouver le meilleur moyen d'appuyer les résultats en santé pour vos patients diabétiques et pour savoir comment mieux tirer profit de nos ressources limitées en matière de santé.

Pour vos patients atteints du diabète de type 2 qui ne prennent pas d'insuline

Compte tenu de la prévalence du diabète de type 2, il est fort probable que la majorité de vos patients sont dans cette catégorie. Il s'agit de malades qui contrôlent leur diabète par le régime alimentaire ou par l'exercice et aussi ceux qui ne suivent qu'un traitement par voie orale. Ces patients doivent-ils doser leur glucose à la maison?

Un examen méthodique mené par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a relevé plusieurs essais comparatifs randomisés (ECR) qui portent sur l'évaluation de l'autosurveillance chez les diabétiques de type 2 non traités par insuline. L'analyse des données totalisées des sept ECR montre qu'il existe un lien entre l'autosurveillance et l'amélioration. Cette dernière est statistiquement significative, mais elle n'est pas pertinente du point de vue clinique en ce qui a trait au contrôle glycémique (la différence de l'HbA1c = –0,25 %; l'IC = 95 %, allant de –0,36 % à –0,15 %). On a observé un effet similaire sur l'HbA1c, peu importe si les patients étaient formés ou non afin d'interpréter les résultats de l'autosurveillance et de prendre des mesures qui s'imposent. Chez les diabétiques de type 2 qui se passent de pharmacothérapie pour contrôler leur maladie, les améliorations du contrôle glycémique étaient moins prononcées et statistiquement insignifiantes.

Bref, l'examen méthodique démontre que l'autosurveillance chez les diabétiques de type 2 non traités par insuline n'entraine pas une amélioration significative du contrôle glycémique.

L'analyse cout-efficacité tenant compte des données cliniques de l'étude méthodique a constaté que l'autosurveillance, qui consiste en environ neuf tests par semaine chez les diabétiques de type 2 non traités par insuline, génère des frais supplémentaires de 113 643 $ par année de vie pondérée par la qualité (QALY) gagnée (dépassant les seuils de cout-efficacité généralement cités). Les résultats n'ont pas sensiblement changé pour les patients dont les niveaux d'HbA1c étaient plus élevés au départ ou pour ceux traités seulement avec des antidiabétiques oraux.

En conclusion

- Pour la plupart des diabétiques de type 2 sur antidiabétiques oraux :
  - L'autosurveillance glycémique régulière n'est pas nécessaire.
  - Le dosage serait de mise dans certains cas, mais seulement pour déterminer les mesures à prendre par le patient.
- Pour la plupart des diabétiques adultes de type 2 qui contrôlent la maladie par le seul régime alimentaire :
  - L'autosurveillance glycémique régulière n'est pas nécessaire.

Pour vos patients atteints du diabète de type 2 sur insuline

Pour ces patients, les données probantes, d'une qualité médiocre, indiquent que l'autosurveillance est associée à des améliorations du contrôle glycémique. Cependant, les données probantes manquent pour nous permettre de déterminer la fréquence optimale du dosage.

L'analyse de cout-efficacité indique que procéder à des tests et utiliser plus de 21 bandelettes par semaine n'est pas rentable. La pratique serait plus rentable avec moins de bandelettes utilisées par semaine. On fait valoir que le fait de procéder à une autosurveillance glycémique plus de 14 fois par semaine en moyenne devrait se traduire par un gain important en HbA1c (c.-à-d. une baisse de plus d'un pour cent) pour que l'autosurveillance devienne rentable.

En conclusion

- Pour la plupart des diabétiques adultes de type 2 qui ont besoin d'insuline basale :
  - L'autosurveillance doit être personnalisée pour les aider à équilibrer convenablement leur glycémie.
  - Elle ne devrait pas nécessiter plus de 14 tests par semaine en moyenne pour la plupart des patients.

Si l'on adoptait les récentes recommandations sur l'autosurveillance au Canada, les résultats de santé des diabétiques ne seraient pas menacés, tandis que plus de 150 millions de dollars par an pourraient être redirigés ailleurs. Ceci est important lorsqu'on cherche à savoir comment mieux soutenir la santé des diabétiques et comment mieux utiliser nos ressources limitées en santé.

***Diabète de type* 1**

Les données probantes manquent, mais l'expérience clinique et les normes de pratique permettent de penser que l'autosurveillance des diabétiques de type 1 *sur insuline devrait être personnalisée pour les orienter et mieux rajuster l'insulinothérapie, afin d'atteindre un contrôle glycémique optimal.*

L'autosurveillance glycémique est à conseiller (ou à pratiquer plus souvent) dans les situations suivantes :

- Le patient a besoin de plusieurs injections d'insuline par jour.
- Il vient de commencer une insulinothérapie.
- Le malade a des antécédents d'hypoglycémies ou bien il risque d'avoir une hypoglycémie.
- Le patient a une maladie aigüe.
- L'insulinothérapie, la posologie ou le schéma thérapeutique du patient ont changé. Des changements significatifs de la routine sont survenus.
- Les niveaux glycémiques du patient sont mal contrôlés ou instables.
- La patiente est enceinte ou prévoit le devenir.
- Le patient exerce un métier dans lequel son hypoglycémie peut constituer un risque pour sa sécurité.

Face à ces éventualités, le dosage devra mener à une mesure tangible, telle qu'un ajustement de la pharmacothérapie ou l'ingestion de nourriture.

Les soins auto administrés, c'est plus que la lecture des indices glycémiques

L'autosurveillance n'est pas un synonyme de soins auto administrés. Elle comporte d'autres aspects importants de la prise en charge personnelle du diabète par votre patient, dont :

- Visiter régulièrement l'équipe de santé diabétique.
- Prendre tous les médicaments prescrits tel qu'indiqué.
- Surveiller la pression artérielle.
- Manger de façon saine et nutritive.
- Faire de l'exercice régulièrement.
- Maintenir un poids santé.
- Prendre bien soin des pieds.
- Gérer le stress de façon efficace.
- Parler aux docteurs des résultats d'HbA1c.
- Contrôler le niveau de cholestérol.

Le bulletin sur la thérapie optimale est produit par :

L'Agency canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un producteur et un courtier d'évaluation des technologies de la santé, indépendant et sans but lucratif.

600-865, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1S 5S8
Tél. : 613-226-2553
Télécopieur : 613-226-5392

www.acmts.ca

Votre rétroaction est la bienvenue.

www.cadth.ca/autosurveillance

Les renseignements retrouvés dans le présent document ne peuvent pas remplacer le jugement clinique lors du traitement du patient. L'ACMTS n'est pas responsable des dommages ou préjudices qui peuvent résulter de l'utilisation, à bon ou à mauvais escient, de l'information implicite et explicite dans ce document.

Les énoncés, les conclusions et les points de vue exprimés ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada ou d'un gouvernement provincial ou territorial.

La production du présent document est rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada.