

Mieux traiter le diabète : *combattre*

L'inertie et améliorer l'adhésion au traitement

*Professeur André Scheen, Docteur Jean-Christophe Philips, Professeur Nicolas Paquet
Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège*

Le diabète est une maladie chronique par excellence. Comme beaucoup d'autres maladies chroniques, le diabète, qu'il soit de type 1 ou plus encore de type 2, est d'origine complexe, combinant l'influence de facteurs génétiques et environnementaux. Le but du traitement est de corriger au mieux l'hyperglycémie chronique, mais aussi d'autres facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie,...), de façon à prévenir la survenue de complications, garantir une bonne qualité de vie et améliorer l'espérance de vie.

Diverses sociétés savantes ont publié des recommandations de bonne pratique clinique (« guidelines ») pour atteindre les objectifs fixés. Dans le cas du diabète de type 1, les objectifs sont bien définis et les moyens pour y parvenir également. Le but est d'atteindre un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieur à 7 %, sans occasionner des hypoglycémies graves ; le moyen est un schéma insulinaire intensif de type basal-bolus, avec 4 injections par jour ou une pompe à insuline, couplé à une auto-surveillance glycémique régulière (3 à 6 mesures par jour). Dans le cas du diabète de type 2, 10 fois plus fréquent que le diabète de type 1, la situation est finalement plus complexe alors que, pendant longtemps, ce diabète avait été considéré, à tort, comme un « petit diabète ». En effet, chez le pa-

tient diabétique de type 2, les moyens pour obtenir un taux d'HbA1c inférieur à 7 % sont multiples (régime/exercice, antidiabétiques oraux, nouveaux incrétinomimétiques, insuline) et peuvent varier considérablement d'un patient à l'autre ou au cours du temps chez le même patient. La problématique du diabète de type 2 est, en effet, qu'il s'agit d'une maladie évolutive, en raison

de l'épuisement progressif des cellules qui secrètent de l'insuline au fil des années. Cette évolution exige donc un ajustement progressif du traitement prescrit par le médecin, devenant souvent de plus en plus complexe et contraignant pour le patient, en ce compris le recours à l'insuline (1). Par ailleurs, la personne diabétique de type 2 présente généralement de nombreux autres facteurs de risque, qu'il faut obligatoirement prendre en charge pour éviter ou retarder la survenue de complications cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, thrombose cérébrale, ...). Elle est donc souvent contrainte à prendre quotidiennement, outre les médicaments destinés spécifiquement à faire baisser la glycémie (souvent deux types d'antidiabétiques oraux), une série d'autres médi-



caments dont un ou plusieurs antihypertenseurs, au moins un hypocholestérolémiant (statine), un antiagrégant plaquettaire (aspirine). La personne diabétique de type 2 doit donc faire face à une prise quotidienne d'un grand nombre de pilules différentes (« polymédication ») qui peut être considérée comme fastidieuse.

Les recommandations, en diabétologie comme dans d'autres disciplines, incitent à atteindre le plus rapidement et le plus durablement possible les objectifs fixés, que ce soit pour la glycémie, la pression artérielle ou la cholestérolémie. Pour ce faire, il est indispensable que, d'une part, le médecin initie puis ajuste son traitement en conséquence et que, d'autre part, le patient respecte bien les prescriptions médicales. Les enquêtes réalisées sur le terrain montrent qu'il existe un hiatus très important entre les objectifs fixés dans les recommandations officielles et les résultats obtenus en pratique clinique. Ce constat peut s'expliquer, pour une part non négligeable, par ce qu'il est convenu d'appeler l'inertie du soignant et la non-observance du soigné. Ces deux thématiques ont été envisagées en détail dans le numéro spécial de mai-juin 2010 de la Revue médicale de Liège (2) (pour accès au sommaire et à certains articles disponibles en ligne, consulter le site de la revue : <http://www.rmlg.ulg.ac.be/>).

L'inertie médicale est fréquente en pratique clinique, que ce soit en médecine générale ou spécialisée, ambulatoire ou hospitalière. L'inertie thérapeutique

peut être définie comme un retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement, alors que le diagnostic est correctement posé et le risque encouru par le patient sensé être connu du médecin. Les causes en sont multiples, touchant le médecin, le malade (ou la maladie) et le système de soins (3). Les conséquences peuvent être graves, tant pour l'individu que pour la société, de telle sorte que des stratégies doivent être mises en œuvre pour remédier à cette carence. Pour ce qui concerne le diabète de type 2, elles ont été analysées en détail dans un article spécifiquement consacré à cette problématique difficile (4). Les trajets de soins sont sensés essayer de remédier, au moins partiellement, à ce constat de carence (1). Il ne fait guère de doute qu'une amélioration sensible dans ce domaine devra passer par une réorganisation de la pratique médicale, privilégiant le travail en équipe multidisciplinaire, avec la collaboration de paramédicaux spécialisés dans la prise en charge des personnes diabétiques.

La non-observance (ou le défaut d'adhésion au traitement)

est également fréquemment rencontrée en pratique clinique. Dans un de ses rapports, l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que « améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale ». Comme déjà dit, la personne diabétique est de plus en plus confrontée à des traitements complexes, faisant appel à une « polymédication » pour la prise en charge de sa maladie (parfois silencieuse, ne donnant lieu à aucune plainte), mais aussi pour la simple correction de facteurs de risque qui n'auront d'éventuelles répercussions qu'à plus ou moins long terme. Dès lors, la tentation est grande de ne pas adhérer aux prescriptions médicales, qu'elles soient hygiéno-diététiques ou médicamenteuses, a fortiori si le traitement paraît fastidieux, peu utile, voire potentiellement dangereux. C'est, hélas, encore trop souvent le cas chez les personnes diabétiques, plus souvent d'ailleurs chez les personnes avec un diabète de type 2 que chez celles avec un diabète de type 1 (5). On appelle observance le fait pour un patient de se conformer



aux règles élaborées de façon consensuelle par les professionnels de santé et de suivre leur prescription. Le défaut d'observance thérapeutique est généralement occulté ou, à tout le moins, largement sous-estimé par la plupart des médecins. A nouveau, les causes peuvent être très diverses, touchant le médecin, le malade, la maladie et le système de soins (6). Améliorer l'observance thérapeutique des patients implique généralement une meilleure relation médecin-malade, centrée sur le développement d'un véritable partenariat. Une éducation thérapeutique du patient peut certainement contribuer à réduire le manque d'observance (7); ce sera un des objectifs du programme EDUDORA² (« Education thérapeutique et préventive face au diabète et à l'obésité à risque chez l'adulte et l'adolescent »), actuellement en cours dans trois régions frontalières (Wallonie – Grand Duché du Luxembourg – Lorraine) et auquel contribue l'Association Belge du Diabète (nous aurons l'occasion de revenir sur ce programme dans un prochain article).

Enfin, la grossesse est une période cruciale pour la femme diabétique ou à risque de le devenir (et de développer ce que l'appelle un diabète gestationnel). Durant cette période particulière, inertie et défaut d'observance thérapeutiques sont particulièrement dommageables, surtout pour le fœtus et le nouveau-né, mais aussi parfois pour la mère (8). Un suivi médical rigoureux est

donc indispensable, avec des ajustements thérapeutiques fréquents de la part du médecin et la nécessité d'une excellente adhésion au traitement de la part de la femme enceinte. Heureusement, la motivation est généralement excellente. Cependant, comme les objectifs doivent être particulièrement rigoureux durant cette période délicate, les efforts de tous, patiente, médecins et paramédicaux, sont indispensables pour conduire la grossesse à terme sans problème notable.

Inertie thérapeutique, de la part du soignant, et non-observance thérapeutique, de la part du soigné, sont finalement très intriquées et contribuent, toutes les deux, à diminuer les performances médicales. Toutes deux sont trop fréquemment rencontrées en ce qui concerne le traitement du diabète alors que les enjeux sont bien connus. Il est important de combattre l'une et l'autre, de concert, pour garantir une meilleure prise en charge du patient diabétique, notamment en présence d'un diabète de type 2 et des pathologies chroniques associées.



Bibliographie

1. Scheen AJ. Le trajet de soins dans le dédale de la pyramide du diabète de type 2. Revue de l'Association Belge du Diabète 2009 ; 52 (n° 3) : 8-13.
2. Scheen AJ, Giet D. Editorial. Cibler l'inertie et le défaut d'observance thérapeutiques : nouveau défi pour améliorer les performances de la pratique médicale. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 229-231 (disponible online : <http://www.rmlg.ulg.ac.be/>).
3. Scheen AJ. Inertie dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 232-238 (disponible online : <http://www.rmlg.ulg.ac.be/>).
4. Philips JC, Scheen AJ. Inertie clinique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 : quelles solutions proposer ? Rev Med Liège 2010 ; 65 : 318-325.
5. Paquot N. Effets néfastes du défaut d'observance hygiéno-diététique et médicamenteuse chez le patient diabétique. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 326-331.
6. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 239-245 (disponible online : <http://www.rmlg.ulg.ac.be/>).
7. Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M, et membres du programme EDUDORA². L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 250-255.
8. Pintiaux A, Chabert-Buffer N, Philips JC, Scheen AJ, Foidart JM. Diabète et grossesse : impact de l'inertie médicale et de l'observance thérapeutique. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 399-404.