



BMJ, septembre 2007

Autosurveillance glycémique : pourquoi les patients ne persistent-ils pas ?

Un article récent publié dans le *British Medical Journal*⁽¹⁾ par une équipe écossaise a tenté de répondre à la question suivante : les patients ayant un diabète de type 2 à qui on propose d'utiliser l'autosurveillance glycémique comme outil de leur traitement continuent-ils à le faire à long terme ? Quarante patients ont été recrutés, et 21 ont accepté de participer à l'étude. Vingt patients ont été interrogés trois ans plus tard (un patient était décédé). Dix-huit patients avaient à un moment donné réalisé une surveillance glycémique. Les auteurs ont analysé en profondeur ce qu'ils disaient de l'autosurveillance glycémique, et ces données sont particulièrement éclairantes, non seulement en ce qui concerne le vécu de l'autosurveillance glycémique dans cette pathologie, mais peut-être aussi sur le

problème général de l'observance ou même de la persistance des patients concernant un geste de leur traitement (la non-observance = absence d'adéquation entre les recommandations médicales et les comportements des patients ; la non-persistance = le fait d'avoir arrêté un traitement). Qu'ont dit ces patients ? Leur pratique de l'autosurveillance glycémique diminue fréquemment avec le temps, pour plusieurs raisons, incluant en particulier l'absence d'intérêt de leur médecin vis-à-vis de leurs résultats. Souvent aussi, le fait que les résultats, au fond, étaient toujours les mêmes et l'impression de pouvoir deviner leur glycémie représentaient des raisons de cesser de mesurer leur glycémie. Les sujets qui attribuaient leurs résultats à des causes externes (par exemple, un traitement médi-

camenteux insuffisant) étaient plus enclins à continuer que ceux (souvent des femmes) qui, au contraire, mettaient leurs mauvais résultats sur le compte de leur comportement, par exemple des excès alimentaires. Parmi les raisons de continuer la surveillance, on trouvait aussi l'amélioration des résultats, lorsqu'elle était présente, ou simplement l'habitude. Enfin, les patients soulignaient leur difficulté pour interpréter les résultats, surtout pour savoir ce qu'il faut faire en cas d'hyperglycémie, et on peut penser que, le plus souvent, ils n'utilisaient pas les résultats pour modifier leur traitement. Les auteurs proposent des implications pratiques de leur travail, sous forme de recommandations cliniques (*encadré*). Elles visent à essayer de trouver une utilité réelle à la réalisation de l'autosurveillance glycémique.

Cette étude est particulièrement intéressante, dans la mesure où elle montre que les patients, lorsqu'ils ne font pas quelque chose, ont des raisons qu'ils peuvent éventuellement expliciter. Dans une nouvelle célèbre⁽²⁾, l'écrivain américain Herman Melville décrit le comportement étonnant d'un personnage, Bartleby, qui, à chaque fois qu'on lui demande de faire quelque chose, répond de manière laconique « je préfère ne pas », ce qui a le don d'exaspérer le narrateur (qui est son employeur). Bartleby ne donne jamais ses raisons ; simplement, il murmure : « je

préfère ne pas ». Ici, au contraire, les patients donnent les raisons de leur non-observance ou de leur non-persistance. Il s'agit à chaque fois de raisons personnelles, mais dans lesquelles on peut trouver des grands thèmes, notamment la déception vis-à-vis du désintérêt des médecins qui ne prennent pas le temps de regarder le carnet ni de le commenter avec le patient et qui, visiblement, fondent leurs décisions sur l'HbA1c, qui semble bien plus intéressante, et la difficulté d'interpréter les résultats, et de savoir ce qu'il faut faire face aux valeurs élevées. À partir de ces constatations, on doit pouvoir trouver des pistes pour rendre l'utilité de l'autosurveillance glycémique plus visible, pour faire en sorte que cet outil soit réellement utilisé par les patients diabétiques. Si l'observance est mauvaise, on comprend finalement qu'il soit si difficile de démontrer l'impact de l'autosurveillance glycémique sur l'équilibre du diabète. ♦

413885

Pr Gérard Reach
Hôpital Avicenne, Bobigny

Recommandations cliniques pour encourager la persistance dans l'automesure glycémique

L'éducation thérapeutique est nécessaire, et elle doit être personnalisée.

Les patients doivent recevoir des indications précises sur l'intérêt de l'autosurveillance glycémique et sur l'interprétation des résultats.

Des buts précis doivent être négociés et faire l'objet d'un accord avec les patients.

Dans cette éducation, on doit donner des indications sur la conduite à tenir non seulement en cas d'hypoglycémie, mais aussi en cas d'hyperglycémie. Il faut expliquer la signification d'une glycémie individuelle dans le cadre d'un profil glycémique.

La connexion avec le taux d'HbA1c doit être précisée, ce qui permet de définir les importances respectives des contrôles glycémiques à court, à moyen, et à long terme.

RÉFÉRENCES

1. Peel L, Douglas M, Lawton J. *Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: longitudinal qualitative study of patient's perspectives. BMJ* 2007;335:493.
2. Herman Melville. *Bartleby le scribe, Bartleby the scrivener. Bilingue. Folio éd., 2003.*

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêts concernant les données de cet article.