

# Le diabète un problème de société!

*Carl Fournier et Nathalie Marceau-Gauvin*

*Pour nous évader un peu avant de commencer la rédaction de notre article sur le diabète, nous nous sommes lancés dans la lecture d'un roman policier suédois. Le détective responsable de l'enquête vient d'apprendre qu'il est diabétique. Il raconte qu'à partir du moment où son médecin lui a fait part de son diagnostic jusqu'à la fin de l'entrevue, il n'a rien entendu de ce qu'on lui disait. « Wallander alla jusqu'à l'ancien cimetière et s'assit sur un banc. Il ne parvenait pas encore à prendre la mesure de ce que lui avait dit Goransson (son médecin). Il chercha ses lunettes et commença à feuilleter les listes qu'on lui avait remises<sup>1</sup> ». Voilà exactement ce que vivent nos patients à l'annonce du diagnostic de diabète.*

**D**EVANT L'ÉNORME TÂCHE que représente le suivi médical du diabète, l'aspect psychosocial passe souvent en second. Ainsi, le patient doit accepter le diagnostic avant que nous puissions lui enseigner les différents aspects de sa maladie et les complications possibles. Par la suite, nous devons utiliser diverses stratégies pour le soutenir dans les changements qu'il devra apporter à ses habitudes de vie et pour favoriser le respect du traitement médical à long terme.

### **Comment aider le patient diabétique à accepter sa maladie ?**

#### *Écouter les craintes*

L'annonce du diagnostic suscite plein d'émotions chez nos patients qui craignent les conséquences de la maladie et les risques qui y sont rattachés. Ils constatent qu'ils devront changer considérablement leur mode de vie et renoncer à certains plaisirs. En outre, ils prendront plusieurs médicaments et seront suivis de façon régulière

---

*Le Dr Carl Fournier, médecin de famille, exerce à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal, et est professeur adjoint de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. La D<sup>re</sup> Nathalie Marceau-Gauvin, omnipraticienne, a terminé sa résidence en médecine familiale au sein de la même unité. Elle poursuit actuellement sa formation en périnatalité à l'Université Laval, à Québec.*

par un grand nombre d'intervenants. Pour plusieurs, il s'agit d'une fatalité qui mènera à coup sûr à la crise cardiaque, à la paralysie ou encore à l'amputation. Tout le monde a un ami ou un parent diabétique qui doit composer avec les aléas de cette maladie.

#### *Communiquer l'information au patient*

Comme intervenant, nous devons donc aider le patient à accepter le diagnostic et discuter avec lui de la multitude de renseignements disponibles afin de discerner où il se situe dans sa démarche à la suite de l'annonce. L'information qui lui sera transmise tiendra compte notamment des étapes d'acceptation de la maladie. Il ne sert à rien de lui expliquer toutes les complications possibles s'il ne comprend pas ce qui lui arrive ! L'écoute des craintes, des croyances et des inquiétudes est à la base de la compréhension de la maladie.

Quand les étapes d'acceptation et de compréhension ne sont pas résolues, il y a un risque de mauvaise adaptation au diabète. Par exemple, le régime alimentaire et l'activité physique ne seront pas intégrés au quotidien. Par ailleurs, le stress associé au diabète peut causer des troubles anxieux, parfois même à une détresse psychologique qui complique encore davantage la prise en charge de la maladie.

#### *Offrir un soutien devant l'anxiété et la dépression*

Le diagnostic de diabète peut provoquer des troubles

**L'information qui sera transmise au patient tiendra compte notamment des étapes d'acceptation de la maladie.**

*Repère*

psychologiques ou exacerber ceux qui existent déjà, engendrant une mauvaise observance du traitement. Dans la littérature, on signale que jusqu'à 40 % des patients présentent des symptômes d'anxiété. Les troubles anxieux généralisés sont plus fréquents chez les diabétiques que dans la population générale (14 % contre 3 % ou 4 %)². Les symptômes de dépression sont également plus courants : jusqu'à 15 % des patients souffriront d'un trouble dépressif majeur contribuant à une moins bonne régulation de la glycémie et menant à des complications médicales³. Il faut donc procéder régulièrement au dépistage de la dépression et de l'anxiété qui peuvent entraver le fonctionnement normal de la personne. Afin de soutenir l'équipe médicale dans le suivi de tels patients, il sera important de diriger ces derniers vers les intervenants sociaux ou un soutien psychologique.

Il existe différentes interventions, notamment le soutien psychosocial, la rétroaction et le renforcement, pour venir en aide aux patients. L'approche cognitivocomportementale et une thérapie familiale peuvent aussi être utiles lorsque d'autres membres de la famille sont également touchés. Les stratégies de gestion du stress et d'adaptation du comportement amélioreront la maîtrise de la maladie et préviendront les complications. Les dernières lignes directrices canadiennes contiennent d'ailleurs des recommandations précises en ce sens⁴ (*encadré*).

Il est important de fournir au patient des sources d'informations fiables et faciles à comprendre. Plusieurs revues existent, dont *Plein Soleil*, ainsi que des groupes d'entraide, tels que « L'Amicale pour les patients diabétiques ». Ces outils permettront au patient de faire un cheminement personnel et d'apprivoiser sa maladie progressivement.

« Wallander (le détective) se rendit à pied à la bibliothèque et s'orientait tant bien que mal parmi les rayonnages des livres de médecine et trouva ce qu'il cherchait : un bouquin sur le diabète¹. »

Dans les groupes d'entraide, les nouveaux diabétiques pourront discuter de leurs appréhensions avec

## Encadré

### Aspects psychologiques du diabète

#### Messages clés

- Pratiquement tous les aspects de la prise en charge du diabète et de l'équilibre glycémique sont associés à d'importantes exigences liées aux comportements et à des facteurs psychosociaux problématiques.
- Il faut régulièrement rechercher les symptômes de détresse psychologique chez toutes les personnes diabétiques ainsi que chez les membres de leur famille.
- Des interventions préventives, telles que la participation du patient à la prise des décisions, la rétroaction et le soutien psychologique, doivent être intégrées à toutes les interventions éducatives en matière de soins primaires et à l'autotraitement afin de faciliter l'adaptation au diabète et de réduire le stress.

Source : Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes* 2008 ; 32 (suppl. 1), section « Aspects psychologiques du diabète » : S90. Reproduction autorisée.

d'autres personnes ayant traversé ces étapes difficiles.

### Comment intégrer les conseils préventifs aux activités quotidiennes ?

Une fois le diagnostic accepté, il reste beaucoup de travail à faire pour accompagner notre patient dans l'amélioration de ses activités quotidiennes. Ce dernier recevra des conseils pour mieux s'alimenter, faire davantage d'activité physique, cesser de fumer et suivre son traitement pharmacologique.

#### Fixer des objectifs réalistes

Souvent, la tâche lui semblera impossible à réaliser. Les principales difficultés auxquelles les patients et leurs médecins doivent faire face sont énumérées dans le *tableau I*. Encore une fois, l'utilisation de ressources de soutien pourra compléter l'intervention du médecin traitant.

## Tableau 1

### Difficultés liées aux changements des habitudes de vie

- Manque de connaissances sur le diabète et ses complications
- Grande quantité d'informations à assimiler
- Nombreux changements de comportements à adopter
- Motivation absente au départ
- Prise de nouveaux médicaments
- Suivi régulier et exigeant à long terme

### Employer une approche par étapes

Il faut utiliser une approche méthodique, être organisé et réaliste. Il est important d'évaluer, dans un premier temps, le degré de motivation du patient à changer ses comportements.

« Ses mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'exercice, les tentatives de régime qui finissaient par le ramener à son embonpoint habituel. Il devait changer de mode de vie, il n'avait plus le choix ! »

Le modèle de Prochaska sur les étapes de changement s'applique parfaitement à cette situation. Selon les psychologues américains Prochaska, Norcross et DiClemente, qui ont analysé les cas de patients qui avaient réussi à changer un comportement, la personne en processus de changement passe par six étapes incontournables le long d'un continuum en spirale<sup>5</sup>. Ainsi, le changement de comportement passe par différentes étapes : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. À l'étape de la précontemplation, le patient est en réflexion et n'envisage pas de modifier ses comportements. Lorsqu'il en est à la contemplation, il doit faire face à son ambivalence entre le *statu quo* et les avantages liés au changement. La phase de préparation l'amène à préparer la transition et à surmonter les obstacles. Une fois dans l'action, il est engagé dans les modifications de son mode de vie et a besoin d'encouragement. Par la suite, il doit maintenir ces changements et résister à la tentation de tomber dans ses anciennes habitudes. Chaque étape comporte des obstacles caractéristiques qui peuvent être

aplanis par des interventions spécifiques. Le clinicien doit tenir compte de l'étape où est rendu le patient pour intervenir de façon efficace et ne doit pas s'attendre à lui faire franchir plus d'une étape à la fois. Il devra donc adapter son intervention en fonction de chaque patient pour éviter les déceptions de part et d'autre. Par conséquent, il doit accueillir le patient dans une perspective de prévention. L'objectif sera ainsi de l'inciter à franchir une étape vers le changement souhaité en nommant les avantages qu'il en retirera et également les obstacles qui pourraient survenir. Dans la phase de précontemplation ou de contemplation, l'aspect le plus important est de donner au patient une information de qualité qu'il peut comprendre. Ce dernier pourra alors établir deux ou trois changements faciles à effectuer à court terme, tel que prendre trois repas par jour à des heures régulières. Le changement de comportement est un processus lent et laborieux assorti de multiples rechutes. Il est donc important de se fixer des objectifs réalistes et de savoir que l'échec est également normal tout au long du processus.

### Utiliser les ressources

Au fur et à mesure que le patient progresse dans son cheminement, on pourra ajouter des outils plus concrets pour l'amener peu à peu à l'autotraitement de son diabète : le glucomètre, le tensiomètre à domicile, la feuille de suivi, la liste de médicaments, le guide alimentaire pour diabétique et la revue spécialisée contenant des conseils pratiques et faciles à mettre en œuvre. Il est aussi possible de le diriger vers les ressources de l'équipe multidisciplinaire de son secteur : nutritionniste, infirmière, kinésologue et travailleur social. Ce dernier connaît d'ailleurs bien les ressources communautaires (Ex. : les banques alimentaires) du milieu et peut donc aider le patient à mieux s'alimenter. Il pourra également lui indiquer des activités sportives gratuites, telles que les clubs de marche.

Les intervenants responsables du suivi longitudinal doivent réévaluer les succès et les échecs du patient pour que ce dernier puisse apprendre tout autant des deux. Le patient qui atteint ses cibles doit également être soutenu et motivé à poursuivre puisque des difficultés pourraient

**Il faut utiliser une approche méthodique, être organisé et réaliste. Il est important d'évaluer, dans un premier temps, le degré de motivation du patient à changer ses comportements.**

Repère

surgir. En sachant quelles sont les ressources à sa disposition, le patient pourra relever ses défis plus facilement.

Deux des choses les plus importantes à enseigner aux patients, en particulier aux personnes âgées, est de reconnaître les signes et symptômes d'hypoglycémie et d'y remédier. En effet, pour un patient chez qui une normoglycémie ( $HbA_{1c} < 7\%$ ) est visée, l'incidence des hypoglycémies nécessitant une assistance est d'environ 0,7 à 9 patients-années (selon les études ADVANCE<sup>6</sup> et VADT<sup>7</sup>, respectivement). Cependant, selon l'étude ACCORD<sup>8</sup>, dont plus de 75 % des sujets étaient sous insulinothérapie, l'instauration d'un traitement intensif (taux de  $HbA_{1c}$  visé  $< 6\%$ ) peut faire tripler le risque d'hypoglycémie (3,14 hypoglycémies-années contre 1,03 ;  $P < 0,0001$ ).

« Il sentait une grande fatigue et une chaleur monter en lui. Il contemplait fixement le sol à ses pieds. Wallander attendit. Il se sentait ébranlé. Qu'est-il arrivé à votre avis ? Il secoua la tête. Je ne sais pas ! »

### Quels trucs utiliser pour améliorer l'observance thérapeutique ?

Une fois que le patient a accepté son diagnostic et qu'il entame des changements de comportement pour améliorer la situation, il reçoit tout de même une ordonnance pour toute une série de nouveaux médicaments. Son taux de cholestérol, qui hier était correct, doit être abaissé. Sa pression artérielle doit également être mieux maîtrisée, même s'il se sent bien, afin de protéger son cœur et ses reins ! Les intervenants se demandent alors à juste titre s'il respectera son nouveau traitement.

### Repérage des barrières

Plusieurs facteurs, selon les recherches qualitatives effectuées auprès des patients, influent sur la fidélité au traitement (tableau II)<sup>9</sup>. Les membres de l'équipe traitante doivent donc en tenir compte.

### Communication et éducation

Deux éléments sont essentiels à l'amélioration de la maîtrise du diabète : la communication et l'éducation. La communication avec le patient et les membres de sa famille permet de leur fournir l'information adéquate et

## Tableau II

### Facteurs influant sur la fidélité au traitement

- Compréhension de l'importance de prendre ses médicaments
- Effets indésirables des médicaments
- Croyance en la valeur des médicaments pour la santé
- Relation avec l'équipe soignante
- Échange d'information et accès rapide à l'information
- Coût associé à la prise de médicaments

de répondre à leurs questions sur la maladie et son traitement. La communication interprofessionnelle est également primordiale pour partager l'information discutée entre le patient et les différents intervenants et pour s'ajuster à la situation spécifique d'un patient. Ainsi, de savoir qu'un patient demeure dans une résidence pour personnes non autonomes et qu'il ne peut choisir ses repas demandera une intervention auprès des responsables de la résidence pour que des correctifs soient apportés.

Afin de faciliter la communication, de bons outils de suivi sont nécessaires au sein de l'équipe. Une feuille de suivi spécifique utilisée par les différents intervenants ainsi qu'un accès aux résultats de laboratoire et aux autres bilans spécialisés constitue un moyen de s'assurer que l'information est complète et à jour de manière à éviter des oublis sur le plan du suivi. Cette feuille est d'ailleurs proposée par l'Association canadienne du diabète et peut être téléchargée depuis le [www.diabetes.ca/documents/for-professionals/Clinical-flowsheet2\\_FR\\_May-5-FINAL.pdf](http://www.diabetes.ca/documents/for-professionals/Clinical-flowsheet2_FR_May-5-FINAL.pdf). La structure de l'équipe de soins doit permettre des rappels en ce qui a trait au suivi et à l'évaluation des complications. Plusieurs études ont montré l'efficacité de systèmes de rappel pour améliorer la maîtrise de la maladie et la prévention<sup>10</sup>.

L'éducation permet d'amener le patient à l'autotraitement par des démarches qui l'encouragent à prendre des décisions, à appliquer ses propres solutions et à atteindre ses objectifs. Le patient devient ainsi confiant en ses capacités et se sent partie prenante de l'équipe. Après tout, c'est lui qui reste au centre des actions des intervenants. Il doit être capable de surveiller lui-même

**Deux éléments sont essentiels à l'amélioration de la maîtrise du diabète : la communication et l'éducation.**

Repère

sa glycémie et d'ajuster les différents aspects de son mode de vie (alimentation et activité physique). L'aspect préventif doit également être abordé avec le patient, notamment en ce qui concerne les soins des pieds et le suivi ophtalmologique.

Dans sa mission d'éducation, le médecin doit insister sur l'importance de la fidélité au traitement et doit justifier le recours à chacun des médicaments prescrits. Le patient doit avoir des attentes réalistes et être conscient qu'il ne s'agit que d'une facette de son traitement et que les autres mesures sont essentielles. Le système doit s'adapter au patient pour lui permettre de ne pas oublier de prendre ses médicaments de façon régulière grâce, par exemple, à une dosette ou à un autre mécanisme de rappel. Le patient doit être informé régulièrement. Tout ajustement posologique doit lui être expliqué pour qu'il en comprenne mieux la raison d'être et qu'il participe activement à son traitement. Les différents intervenants doivent l'encourager, une fois le traitement amorcé, et éviter de le culpabiliser en cas d'échecs. Ils doivent alors plutôt essayer de comprendre les raisons qui expliquent ses difficultés.

L'éducation ne doit cependant pas seulement se limiter à donner la bonne information, mais également à corriger les croyances erronées. Le patient peut avoir eu une expérience négative avec d'autres traitements médicaux et appréhender la prise à long terme de médicaments, sans compter qu'il subira l'influence non seulement des intervenants de l'équipe de soins, mais aussi celle de son entourage. Ainsi, plusieurs « croyances » populaires circulent sur le diabète et sur son traitement (Ex. : « ce sont les médicaments qui rendent les patients impuissants » ou encore « la prise d'insuline est un signe que la maladie a atteint un stade terminal et que la fin est proche »).

**D**ANS NOTRE ROMAN POLICIER, le médecin du détective n'avait sans doute pas réalisé l'importance de vérifier si le patient comprenait bien sa maladie. Avant de remettre à Wallander un feuillet explicatif, il aurait dû évaluer la motivation de ce dernier à atteindre ses objectifs. En outre, il aurait dû établir les objectifs en fonction des lignes directrices, mais aussi des particularités de notre fin limier. Enfin, pour assurer la fidélité du détective au traitement médicamenteux, il aurait dû considérer son patient comme un partenaire dans la prise de décisions.

Mais après tout, il ne s'agit que d'un roman... 

Les auteurs remercient M. Gilles Leblanc pour sa collaboration.

## Summary

**Diabetes: a social issue.** Diabetes must be approached as an illness but also as a social issue requiring collaboration between health care professionals in order to help the diabetic patient accept his condition, and support him in his necessary decisions taken to prevent complications. To be effective in their interventions it is important that efforts are concerted through the different step-changes confronting the patient. With tips and techniques it is possible to help patients maintain healthy living choices and treatment compliance. The two key elements being an education adapted to individual needs and an efficient communication between patient and health care professionals.

Date de réception : le 15 avril 2010

Date d'acceptation : le 5 mai 2010

La D<sup>re</sup> Nathalie Marceau-Gauvin n'a déclaré aucun intérêt conflictuel. Le D<sup>r</sup> Carl Fournier a été consultant pédagogique et conférencier-modérateur en 2008–2010 pour différentes entreprises pharmaceutiques.

## Bibliographie

1. Mankell H. *Les morts de la Saint-Jean*. Paris : Seuil ; 2001. 565 p.
2. Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, DeGroot M et coll. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med* 2002 ; 32 (3) : 235-47.
3. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et coll. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001 ; 24 (6) : 1069-78.
4. Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes* 2008 ; 32 (suppl. 1) : S1-S225. Site Internet : [www.diabetes.ca/documents/about-diabetes/CPG\\_FR.pdf](http://www.diabetes.ca/documents/about-diabetes/CPG_FR.pdf) (Date de consultation : juin 2010).
5. Prochaska J, Norcross J, DiClemente C. *Changing for Good. A revolutionary six stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York : Morrow & Co. ; 1994.
6. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 358 (24) : 2560-72.
7. Duckworth W, Abraira C, Moritz T et coll (VADT Investigators). Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009 ; 360 (2) : 129-39.
8. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group (ACCORD). Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 358 (24) : 2545-59.
9. Dolovich L, Nair K, Sellors C et coll. Do patients' expectations influence their use of medications? *Can Fam Physician* 2008 ; 54 (3) : 384-93.
10. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ et coll. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001 ; 24 : 1821-33.