

Anne Katrin Borm¹

Le diabétique difficile

Compte-rendu du séminaire dans le cadre du congrès JHaS à Soleure, 31.3.2012

Tout médecin a déjà eu affaire à lui: le «diabétique difficile». Mais qui est-il exactement? Instinctivement, on pense à un patient présentant un syndrome métabolique, qui n'a pas conscience de l'ampleur de sa maladie, ne souhaite pas changer ses habitudes de vie, ne prend pas ses médicaments ou injecte son insuline en quantités insuffisantes et en fin de compte, ne désire pas parvenir à bien contrôler sa glycémie et ses facteurs de risque. Mais est-ce uniquement ce «diabétique difficile» qui est en tort? Ou alors, le problème pourrait-il venir du «médecin difficile» ou d'une communication difficile?

Les démons intérieurs et autres obstacles

D'une part, bon nombre de problèmes sont dus au patient. Le problème majeur est de s'attaquer à ses démons intérieurs lorsqu'il s'agit de modifier son style de vie, car cette tâche requiert beaucoup d'efforts, de maîtrise de soi et de persévérance.

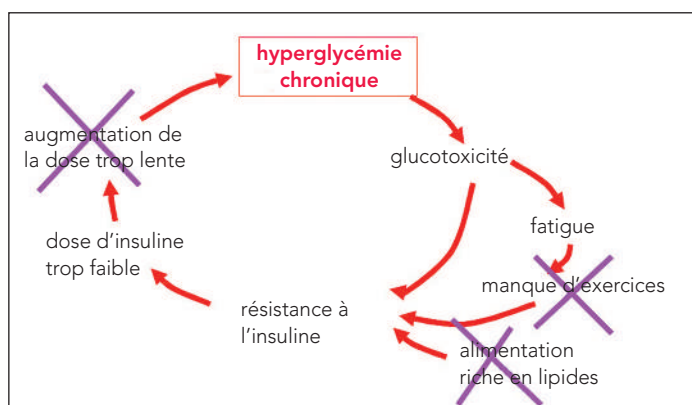


Figure 1
Problème: rupture du cercle vicieux de la résistance à l'insuline.

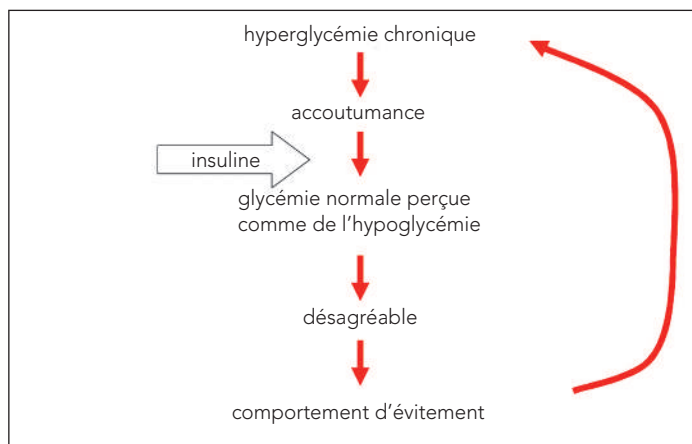


Figure 2
Accoutumance à l'hyperglycémie.

Chez le diabétique de type 2 présentant une hyperglycémie chronique, il est nécessaire de venir à bout de la résistance à l'insuline (fig. 1), ce qui est uniquement possible si le médecin prend fermement les choses en main et augmente rapidement la dose d'insuline. D'un autre côté, le patient doit impérativement veiller à prendre une alimentation pauvre en lipides et en calories durant quelques jours et pratiquer davantage d'activité physique.

D'autre part, les patients sont habitués à une hyperglycémie chronique: si la glycémie chute trop rapidement, le patient développe des symptômes d'hypoglycémie désagréables, comme par ex. des accès de transpiration ou des fringales, et ce même lorsque le taux de glucose se situe au-delà de la normale.

Beaucoup de patients sont victimes de peurs (peur de l'hypoglycémie, peur de «devenir dépendant», peur de prendre du poids, etc.). Dès lors, il est important de déceler les craintes du patient et de les dissiper.

La démence et les affections psychiatriques sont d'autres facteurs qui peuvent s'opposer à un bon contrôle de la glycémie, au même titre que les problèmes d'ordre social. Dans ce cas de figure, il faut souvent en premier lieu résoudre le problème psychiatrique ou social sous-jacent.

Dans le cas du diabète de type 1 ou du diabète pancréatoprive, il existe de nombreuses difficultés liées à la maladie, notamment à la grande sensibilité à l'insuline, qui peut varier au cours d'une même journée et d'un jour à l'autre. Certains mécanismes rendent la glycémie difficile à contrôler. Il s'agit particulièrement du phénomène de l'aube (augmentation de la glycémie dans les heures du petit matin), de la contre-régulation après les épisodes d'hypoglycémie, des influences liées à l'activité physique et à la consommation d'alcool (ou de boissons énergisantes chez les jeunes diabétiques), d'une éventuelle maladie d'Addison concomitante et du souhait de faire le moins de concessions possible pour combattre le diabète.

Avis de profanes et craintes: citations de patients

«Il est médicalement prouvé que l'insuline fait grossir.»
 «Ma sœur a pris énormément de poids depuis qu'elle s'injecte de l'insuline.»
 «Ma mère a dû s'injecter de l'insuline et deux mois plus tard, elle est décédée.»
 «Lorsqu'on commence à s'injecter de l'insuline, on devient dépendant et on doit constamment augmenter les doses.»
 «Si je suis victime d'une perte de conscience liée à l'hypoglycémie alors que je suis seul(e) chez moi, personne ne viendra me secourir.»
 «Je perdrai mon emploi si mon patron apprend que je dois me faire des injections d'insuline.»

¹ Oberärztin Endokrinologie/Diabetologie, Kantonsspital Aarau AG

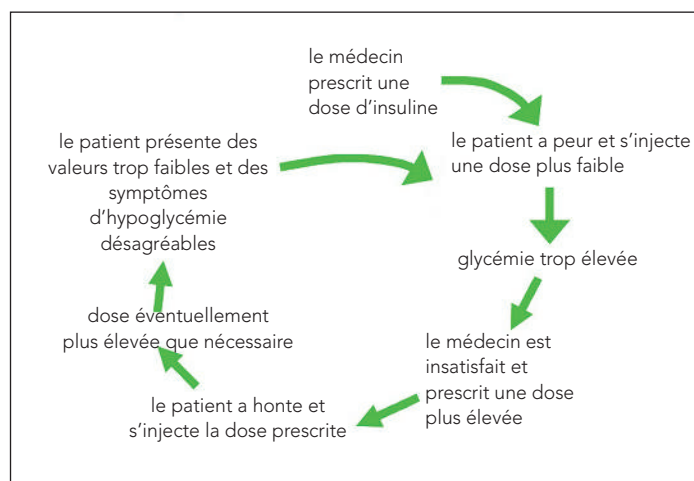


Figure 3
Une affaire de dose...

Rôle du médecin

Bien entendu, un «médecin difficile» peut également être la cause d'un mauvais contrôle du diabète. Certains médecins minimisent le diabète et prescrivent dans un premier temps uniquement un antidiabétique oral, en faisant l'impasse sur une sensibilisation systématique du patient aux changements de mode de vie. D'autres médecins ne parviennent pas à se mettre à la place du patient: ils ne vérifient pas dans quelle mesure le diabétique comprend sa maladie et ne se rendent pas compte des peurs des diabétiques ou les minimisent.

Il est possible qu'un médecin ne remarque même pas lorsqu'un patient a fait des efforts et qu'il le critique. Il se peut également que le médecin choisisse d'emblée une forme de traitement qui n'est pas adaptée au patient ou n'est pas suffisante.

Les diabétiques de type 1 doivent se confronter quotidiennement à leur diabète et ils en savent parfois bien plus que leur médecin traitant au sujet de leur diabète. Si tel est le cas, le médecin traitant doit s'en apercevoir et s'en servir comme base.

Communication

La «communication difficile» complique elle aussi considérablement le traitement. La communication verbale peut être en cause, lorsqu'un patient parle une autre langue, mais le problème peut aussi être lié à des différences au niveau de la manière de s'exprimer (par ex. le médecin a fait des études universitaires alors que le patient n'en a pas faites, médecin suisse et patient allemand ou vice versa), à des différences au niveau de la compréhension de la langue en rapport avec le niveau social, ou à la sympathie que le patient et le médecin éprouvent l'un pour l'autre. La communication non verbale joue également un rôle déterminant dans le succès de la prise en charge. Il est profitable de comparer les objectifs du patient aux objectifs du médecin: quels sont ces objectifs et comment les faire coïncider?

Comment procéder face à un diabétique difficile? Ou alors, comment éviter qu'un patient ne devienne un diabétique difficile? La reconnaissance est primordiale: il est fastidieux de mesurer régulièrement sa glycémie, de s'injecter de l'insuline, d'avoir une structure des repas bien précise et d'avoir constamment sur soi un appareil de mesure de la glycémie et un stylo à insuline.

Tout médecin devrait adopter pendant quelques jours le comportement qu'il attend de ses patients diabétiques insulino-dépendants. D'une consultation à la suivante, il faudrait convenir d'objectifs atteignables par le patient. Autre facteur décisif: l'éducation précoce du patient diabétique au moyen d'un programme structuré, cette formation devant être dispensée par des conseillers en diabète qualifiés, de préférence déjà au stade du prédiabète. Pour le diabète de type 2, il existe de nouvelles options médicamenteuses, comme les inhibiteurs de la DPP-IV, les analogues du GLP-1 ou les mimétiques du GLP-1. Chez les diabétiques souffrant d'obésité sévère, une chirurgie bariatrique est envisageable.

Parfois, il peut être utile de signaler au patient qu'en raison de son hyperglycémie chronique, il n'est pas apte à conduire [1].

De nouvelles technologies peuvent également favoriser un bon contrôle de la glycémie et améliorer la motivation des patients (lecture électronique de l'appareil de mesure de la glycémie, applications smartphones pour diabétiques, appareils de mesure de la glycémie avec calculateur de bolus, surveillance continue de la glycémie en cas de diabète de type 1).

Pour les diabétiques de type 2, le programme DIAfit (réadaptation diabète, puis groupes de suivi DIAfit se rencontrant à un rythme hebdomadaire, www.diafit.ch) existe à présent dans de nombreuses villes; il peut aider les patients à adopter un mode de vie plus actif.

Pocket guide (Consensus de EndoDiabNet™ Aarau – Basel et des cliniques associées):
<http://www.ksa.ch/public/pocketguide/pocket-guide.pdf>

Références

- 1 Lehmann R, Fischer-Taeschler D, Iselin HU, Pavan M, Pralong F, Seeger R, Suter S. Directives concernant l'aptitude à conduire lors de diabète sucré. Forum Med Suisse. 2011;11(15):273–5. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2011/2011-15/2011-15-067.pdf>

Correspondance:
Dr méd. Anne Katrin Borm
Oberärztin Endokrinologie/Diabetologie
Kantonsspital Aarau AG
Tellstrasse
5001 Aarau
[annekatrin.borm\[at\]ksa.ch](mailto:annekatrin.borm[at]ksa.ch)

La reconnaissance est primordiale: il est fastidieux de mesurer régulièrement sa glycémie, de s'injecter de l'insuline, d'avoir une structure des repas bien précise et d'avoir constamment sur soi un appareil de mesure de la glycémie et un stylo à insuline ...