

## Épisode 4 Traitement par insuline

Cet épisode ne concerne pas la prescription d'une insulinothérapie transitoire en raison d'une maladie ou d'un épisode de soins intercurrent (infection, corticothérapie, chirurgie ...). Il ne concerne pas non plus les patientes atteintes de diabète gestationnel.

### ► Ce qu'il faut savoir

L'insuline est un outil thérapeutique parmi d'autres pour atteindre l'objectif fixé. Cependant, l'instauration du traitement par insuline est une étape importante et doit être annoncée au patient suivant les principes et recommandations habituelles concernant l'annonce (*avis du groupe de travail*).

Une phase de préparation du patient (et de son entourage) est nécessaire : la prescription d'insuline chez les diabétiques de type 2 n'est en général pas une urgence et intervient lorsque le patient est motivé. La principale exception est l'urgence hyperglycémique se traduisant par des symptômes comme polyuro-polydypsie, asthénie et perte de poids. C'est un point de vigilance particulier chez la personne âgée (*avis du groupe de travail*).

La plupart des patients peuvent être autonomes pour le traitement par insuline. L'intervention d'une infirmière est nécessaire pour certains patients.

Contre-indications durables à l'auto-injection : troubles cognitifs, maladie psychiatrique, difficultés de préhension, troubles visuels (*avis du groupe de travail*)

### ► Ce qu'il faut faire

#### Étape 1 : préparer le patient au traitement par insuline

- Apporter une information sur le traitement par insuline, ses risques (hypoglycémies) et ses avantages pour le patient, ainsi que les modalités de surveillance (*avis du groupe de travail*).
- Motiver le patient en vue de l'acceptation du traitement : en premier lieu, l'inviter à s'exprimer sur la signification qu'a pour lui ce traitement en s'inspirant de techniques du type entretien motivationnel. En cas de difficultés, le recours à un endocrino-diabétologue est une ressource pour motiver le patient (*avis du groupe de travail*).
- Envisager le recours aux associations de patients et à l'accompagnement qu'elles proposent peut être également utile (*avis du groupe de travail*).
- Évaluer les capacités d'apprentissage et d'autonomie du patient et de son entourage (*avis du groupe de travail*) ;
- Proposer une ETP permettant l'acquisition des compétences suivantes (*avis du groupe de travail*) :
  - réaliser l'autosurveillance glycémique (idéalement avant la mise sous insuline), maîtriser la technique des injections (préparation et injection de l'insuline) ainsi que les modalités de conservation de l'insuline ;
  - optimiser la diététique et débiter ou poursuivre une activité physique adaptée ;

- d'autosoins : interpréter les glycémies capillaires, adapter les doses d'insuline pour atteindre l'objectif de contrôle ;
  - prévenir et faire face aux épisodes d'hypoglycémie.
- Choisir un schéma d'insulinothérapie ; pour ce choix le recours à l'endocrino-diabétologue peut également être utile, particulièrement lorsqu'un schéma à plusieurs injections est envisagé. Ce choix dépend de plusieurs paramètres, tels que (*avis du groupe de travail*) :
- les objectifs glycémiques (glycémie et HbA1c) et la capacité du patient à les atteindre ;
  - les profils glycémiques : y a-t-il une hyperglycémie à jeun ? Est-elle isolée ou associée à une ou plusieurs hyperglycémies post-prandiales ?
  - la présence de complications, en particulier rétinienues et cardio-vasculaires ;
  - le mode de vie du patient : le type d'alimentation (horaires des repas et teneur glucidique) et l'activité physique (est-elle régulière ou fluctuante?) ;
  - le choix du patient : le patient accepte-t-il le traitement par insuline ? Si oui, quel nombre d'injections est-il prêt à réaliser ?

## Étape 2 : prescription et mise en œuvre

- Vérifier que les prérequis sont réunis (*avis du groupe de travail*)
- motivation ;
  - acquisition des connaissances et du savoir-faire nécessaires ;
  - surveillance du fond d'œil : avant de prescrire l'insuline, il est recommandé de demander un examen ophtalmologique et de prévoir une surveillance rapprochée du fond d'œil. En cas de rétinopathie diabétique évoluée, proliférative ou préproliférative, réaliser une photocoagulation panrétinienne avant ou pendant la période d'amélioration glycémique. La réduction de la glycémie devra être effectuée de manière progressive ([ALFEDIAM 1966](#) (24)) et suivant l'avis d'un endocrino-diabétologue (*avis du groupe de travail*) ;
  - autonomie.
- Prescrire l'insulinothérapie en précisant par écrit (*avis du groupe de travail*) :
- les objectifs glycémiques à atteindre ;
  - les modalités d'autosurveillance glycémique ;
  - les modalités d'adaptation des doses d'insuline afin d'atteindre les objectifs glycémiques.
- Lorsque le patient est autonome, demander au pharmacien de vérifier sa compréhension du traitement (*avis du groupe de travail*).
- En cas d'impossibilité ou de refus du patient à réaliser lui-même les injections, prescrire l'intervention d'un(e) infirmier(ère) à domicile. Excepté les patients qui présentent une contre-indication durable à l'auto-injection (cf plus haut), l'objectif assigné à l'infirmier(ère) est d'amener en quelques semaines le patient à être autonome, en le motivant, en l'éduquant à l'auto-injection, à l'adaptation des doses d'insuline, et en s'assurant que toutes les compétences citées à l'étape 1 sont acquises. Un protocole d'adaptation des doses d'insuline doit être fourni à l'infirmier(ère). Ce travail de motivation et d'éducation doit être réalisé avec le médecin traitant (*avis du groupe de travail*).

## Étape 3 : suivi jusqu'à 1 mois : vérifier la réalisation du traitement

- Un ou plusieurs contacts doivent être programmés dans les premières semaines de traitement avec l'équipe soignante pour vérifier avec le patient la bonne réalisation du traitement et du protocole d'adaptation des doses d'insuline et répondre à ses questions (*avis du groupe de travail*).
- Le prescripteur ou un membre de l'équipe doivent pouvoir être joints en cas de difficultés (*avis du groupe de travail*).

- Une consultation à 1 mois est recommandée afin (*avis du groupe de travail*) :
  - de faire le point sur l'application du traitement et si nécessaire de modifier le protocole de traitement ;
  - d'évaluer le degré d'autonomie du patient dans la gestion de son traitement, en particulier, en cas d'intervention d'une infirmière, réévaluer la nécessité du recours à l'infirmière ;
  - d'adapter le traitement hypoglycémiant oral si nécessaire ;
  - de vérifier l'absence de prise de poids excessive. Dans ce cas, conseiller le patient et/ou l'adresser à un diététicien.

#### Étape 4 : suivi jusqu'à 3 mois : évaluer les premiers résultats glycémiques

- Vérifier les modalités d'application du protocole d'adaptation des doses, l'atteinte des objectifs glycémiques selon les glycémies capillaires et l'évolution de l'HbA1c (*avis du groupe de travail*).
- Vérifier l'autonomie du patient par rapport à son traitement (*avis du groupe de travail*).
- Renforcer son éducation sur les points qui le nécessitent (*avis du groupe de travail*).
- Vérifier l'absence de prise de poids excessive. Dans ce cas, conseiller le patient et/ou l'adresser à un endocrino-diabétologue ou un diététicien (*avis du groupe de travail*).

#### Étape 5 : suivi à 6 mois : évaluer le bénéfice pour le patient

- Évaluer, à partir de l'amélioration de la qualité de vie du patient, les résultats sur le contrôle du diabète selon l'HbA1c (*avis du groupe de travail*).
- Rechercher des effets secondaires : hypoglycémies, prise de poids excessive, réaction psychologique négative (*avis du groupe de travail*).
- Repenser le traitement si les objectifs ne sont pas atteints ou en cas de mauvaise tolérance, dans ce cas l'avis d'un endocrino-diabétologue peut être envisagé (*avis du groupe de travail*).
- Considérer le recours aux associations de patients (*avis du groupe de travail*).

#### ► Ce qu'il faut éviter de faire

- Hospitaliser systématiquement le patient pour initier le traitement par insuline (*avis du groupe de travail*).
- Prescrire une HbA1c après seulement 1 mois de traitement par insuline, car le délai est trop court pour évaluer les effets du traitement sur ce dosage : l'évaluation de l'efficacité du traitement dépend du résultat des glycémies capillaires réalisées par le patient (*avis du groupe de travail*).
- Chez les patients âgés, retarder un traitement par insuline en cas de perte de poids due à une hyperglycémie importante au risque de provoquer une sarcopénie, une fragilité et un handicap ; en cas d'objectifs non atteints d'HbA1c ; en cas de contre-indications aux ADO (*avis du groupe de travail*).

#### ► Conditions à réunir

- Assurer la coordination entre professionnels de santé de l'équipe soignante, par un protocole pluriprofessionnel de passage à l'insuline précisant les interventions de chacun, les modes de coordination entre les professionnels impliqués, les intervalles entre les rendez-vous de surveillance (*avis du groupe de travail*).
- Assurer la formation des infirmières intervenant auprès des patients pour éducation et autonomisation, en s'appuyant sur les endocrino-diabétologues (*avis du groupe de travail*).