



D. Raccah*, L. Molines, P. Darmon
 Service de Nutrition, Endocrinologie et Maladies
 Métaboliques, Hôpital Sainte-Marguerite,
 CHU Marseille, 270 bd Ste Marguerite,
 13009 Marseille

Mots-clés

- Insulinothérapie
- Diabète de type 2
- Insulino-résistance psychologique

Key-words

- Insulin therapy
- Type 2 diabetes
- Psychological insulin resistance

*Correspondance :

Denis Raccah
 Service de Nutrition, Endocrinologie et Maladies
 Métaboliques, Hôpital Sainte-Marguerite,
 CHU Marseille, 270 bd Ste Marguerite,
 13009 Marseille
 denis.raccah@ap-hm.fr

Réalité actuelle en diabétologie

Les idées reçues

Les barrières

à l'insulinothérapie

Clinical inertia in practice: false beliefs

Résumé

L'insulinothérapie fait partie de la stratégie thérapeutique du diabète de type 2 car elle répond à la physiopathologie même de la maladie. Il est normal pour de multiples raisons, que les patients diabétiques de type 2 soient hésitants à accepter l'insulinothérapie. En effet, ils craignent la contrainte du traitement, le sentiment de dépendance, la prise de poids, les hypoglycémies et même la mort. Cette insulino-résistance psychologique concerne non seulement les patients mais aussi les soignants.

Identifier et reconnaître ces croyances permet de les prendre en compte et d'y répondre. Il faut en parler tôt avec le patient et ne pas présenter l'insuline comme un épouvantail.

Summary

Insulin therapy is part of type 2 diabetes treatment because it addresses the natural history of the disease. It is understandable that, for numerous reasons, type 2 diabetes patients are reluctant to comply with insulin treatment. In fact, they are afraid of the treatment burden, the feelings of dependency, weight gain, hypoglycaemic events and even death. This psychological form of insulin resistance is found not only among patients, but also among physicians and nurses. However, identifying and recognizing these beliefs will allow us to consider and address these issues. Thus, there is a need to talk about insulin therapy early in the time course of the disease to avoid presenting insulin as a threat when it becomes necessary.

Le diabète de type 2 est dû à l'impossibilité pour le pancréas de répondre de manière appropriée à une augmentation des besoins en insuline. En effet, l'excès de graisse viscérale et la sédentarité sont associées à une insulino-résistance, et s'il existe une maladie de la cellule beta-pancréatique, celle-ci ne pourra pas être compensée de façon proportionnelle.

Il existe par ailleurs une insensibilité de la cellule alpha pancréatique au glucose avec hyperglucagonémie chronique, ainsi qu'une défaillance de la voie des incrétines. Le traitement du diabète de type 2 fait donc appel dans un premier temps à la lutte contre l'insulino-résistance, associant des règles hygiéno-diététiques et des moyens médicamenteux. Et si ces

mesures ne suffisent pas pour obtenir un résultat satisfaisant, on est amené à lutter contre la maladie pancréatique dans un deuxième temps et à prescrire des anti-diabétiques oraux améliorant l'insulino-sécrétion voire, l'anomalie de la cellule alpha et de la voie des incrétines.

Lorsque l'utilisation de ces différentes armes thérapeutiques en mono puis bi, voire trithérapie ne permet pas d'obtenir le niveau souhaité d'hémoglobine glyquée, une intensification du traitement est recommandée et l'insulinothérapie peut être initiée.

Le diabète devient alors insulino-requérant. Un très grand nombre de patients, diabétiques de type 2, auront un jour besoin d'insuline dans leur traitement, bien que cela reste très hétérogène en terme de nombre d'années de diabète sans insuline. L'étude UKPDS a bien montré la dégradation progressive de l'insulino-sécrétion chez les patients diabétiques de type 2 quelque soit leur traitement, et de fait 56 % des patients avait recours à l'insuline dans cette étude [1].

Une étude observationnelle internationale portant sur plus de 5 000 patients et 3 000 soignants, l'étude DAWN, (*Diabetes Attitudes Wishes and Needs*) réalisée dans 11 pays, conclut que plus de 50 % des patients diabétiques de type 2 s'inquiètent d'avoir recours un jour à l'insulinothérapie et que 40 % des soignants préfèrent retarder l'insulinothérapie tant qu'elle n'est pas absolument nécessaire [2].

En fait, seulement un peu plus de 20 % des patients, pense que l'introduction de l'insuline serait bénéfique pour leur santé [3]. Une autre étude portant sur 1 267 questionnaires récupérés à partir de 3 833 patients ayant un diabète traité par des anti-diabétiques oraux, a montré qu'un peu moins de 30 % d'entre eux déclaraient qu'ils refuseraient l'insuline si on la leur proposait [4].

Les diverses raisons des barrières à l'insulinothérapie

Pour les patients

Dans l'étude de Polonski et al [5], les causes les plus fréquentes de refus

étaient les contraintes liées au traitement (45,2 %), l'idée que ce serait un traitement à vie (45 %), la peur de l'hypoglycémie (43,3 %), et un sentiment d'échec personnel (43,3 %). On peut remarquer que les raisons données explicitement par les patients sont de nature diverse. Certaines expriment le souci que la mise en place d'une insulinothérapie va leur compliquer la vie, qu'elle est difficile à mettre en œuvre, qu'elle va entraîner une aggravation de leur état de santé, les patients se souvenant des personnes de leur entourage chez qui le traitement a précédé la survenue d'une complication voire d'un décès.

D'autres expriment une peur d'effets secondaires à l'utilisation de l'insuline : hypoglycémie, prise de poids. La peur de la prise de poids peut se manifester d'emblée ou secondairement lorsque l'on demande au patient d'augmenter ses doses d'insuline pour atteindre un objectif glycémique. Enfin, une raison profonde mais souvent explicitée, est que la mise à l'insuline est la punition d'erreurs passées et surtout le signe que la maladie s'est aggravée, ce que les patients aimeraient pouvoir nier.

Pour les soignants

Moins d'études concernent l'étude des croyances des soignants (médecins traitants, diabétologues, infirmières spécialisées). Les réticences semblent de deux ordres : les croyances sur les croyances des patients, qui reflètent peut-être les propres craintes des soignants s'ils étaient traités par insuline et les réticences plus matérielles et techniques à instaurer une insulinothérapie [6,7].

Les croyances des soignants sur les croyances des soignés sont :

- l'idée que le patient est réticent à l'insuline ou à l'injection, ou qu'il sera moins observant aux injections qu'aux ADO ;
- la peur et la responsabilité d'altérer la qualité de vie du patient et de lui imposer de trop lourdes contraintes ;
- la peur de perdre le patient, de générer de la rancœur et d'altérer sa relation avec lui ;
- la crainte que le patient soit incapable de faire les injections et gérer l'adaptation des doses d'insuline ;

- la crainte partagée des effets secondaires.

Le médecin peut être particulièrement réservé à introduire de l'insuline chez un patient diabétique âgé ou fragile, compte-tenu du risque d'hypoglycémie par exemple. Le risque de prise de poids est souvent mis dans la balance face à l'efficacité thérapeutique de l'insuline, en particulier chez les patients obèses. En effet une prise de poids augmenterait l'insulino-résistance et rendrait l'équilibre glycémique plus difficile, générant un véritable cercle vicieux entre la prise de poids, l'augmentation des doses d'insuline et le déséquilibre glycémique.

Par ailleurs, le soignant peut avoir une maîtrise technique insuffisante quant au choix du type d'insuline, les modalités de la titration, les objectifs glycémiques à viser. S'y ajoutent des aspects pratiques : manque de temps et de ressources pour l'éducation thérapeutique (auto-surveillance glycémique, modalités d'action des insulines, choix des doses, conduites à tenir en cas d'hypo ou d'hyperglycémie etc.), manque de disponibilité pour l'initiation du traitement (téléphone, relevé des glycémies, analyse).

- l'avènement des analogues du GLP-1 peut aussi être considéré actuellement comme une barrière à l'insulinothérapie plus ou moins précoce.

Enfin le soignant peut éprouver un sentiment d'incapacité, d'échec et de culpabilité à ne pas avoir su gérer la maladie autrement, alors que le recours à l'insuline ne traduit pas systématiquement l'absence de mobilisation du patient et du soignant, et correspond à la physiopathologie de la maladie marquée par une défaillance insulino-sécrétoire s'aggravant au fil des années.

Prise en charge et prévention des barrières à l'insulinothérapie

Comprendre les réactions du patient

Face à un patient ayant du mal à accepter une insulinothérapie qui apparaît nécessaire, la première chose à faire, dans le cadre du diagnostic éducatif est de lui

demander pourquoi, en lui faisant sentir que l'on trouve que sa réaction est au fond naturelle. Il est important que le médecin soit attentif à sa propre insulino-résistance psychologique et pratique de même, à son propre niveau, ce que l'on pourrait appeler un diagnostic éducatif introspectif.

Il est nécessaire d'identifier et de reconnaître les croyances multiples et fréquentes des patients sur l'insuline, ce qui permet de les prendre en compte et d'y répondre sans banaliser ni dramatiser l'insulinothérapie. Aborder cette étape précocement dans la prise en charge et faire le lien avec le caractère évolutif de la maladie diabétique permet de distancer le sentiment d'inefficacité personnelle [8]. Les outils actuels de l'insulinothérapie ne sont pas forcément connus des patients, et l'information dans ce domaine pourrait répondre en partie aux croyances négatives sur l'aspect technique, par exemple l'injection par stylo et non plus avec des seringues, les aiguilles microfines moins douloureuses que les lancettes pour l'auto-surveillance glycémique, etc. Initialement le recours à une insulinothérapie basale uniquement, correspondant à une seule injection d'insuline lente par jour, en association avec les anti-diabétiques oraux habituels, permet de limiter les contraintes et d'améliorer l'équilibre glycémique. Les différentes contraintes peuvent être contre-balançées par le soulagement et le sentiment d'efficacité d'obtenir de bons résultats glycémiques, donc de prévenir les complications du diabète.

Proposer un contrat d'insulinothérapie à l'essai

Un point important relève de l'insulino-résistance psychologique. Dans la

mesure où il est très possible pour tout patient diabétique de type 2, qu'il soit un jour confronté à la nécessité de l'insulinothérapie, le soignant doit éviter de présenter l'insuline comme un dernier recours, ou surtout comme une menace pour obtenir de son patient une bonne observance au régime ou à la prise des comprimés. Il ne serait pas étonnant ensuite que le patient soit effrayé par ce qui lui aura été présenté comme un épouvantail. Au contraire, il serait bon de présenter l'insulinothérapie comme l'un des traitements particulièrement efficaces du diabète de type 2, et ce assez tôt au cours de la prise en charge. En cas de refus persistant malgré l'ensemble des arguments décrits, on peut proposer une insulinothérapie sous la forme d'un contrat d'essai, indiquant qu'il ne s'agit pas d'insulino-dépendance et que l'on serait prêt, si par exemple au bout de quelques mois la situation métabolique s'améliore ou si la situation est insupportable pour le patient, de discuter des avantages et des inconvénients et d'arrêter l'insulinothérapie éventuellement. C'est l'occasion pour le patient de participer activement au choix et à la réalisation de son traitement.

Convaincre les soignants

Concernant l'insulino-résistance que les soignants peuvent avoir face à la perspective d'une insulinothérapie pour leur patient, il faut se rappeler que d'autres traitements que l'insuline font prendre du poids, et que dans l'étude UKPDS, la prise de poids dans le groupe insuline n'a pas empêché l'effet bénéfique sur la prévention des complications. La prescription de metformine en association avec l'insuline

peut être intéressante pour limiter cette prise de poids en diminuant les besoins en insuline. Il faut savoir aussi que la prise de poids n'est pas inéluctable, pouvant être prévenue par la surveillance pondérale, l'augmentation de l'activité physique et l'encadrement diététique.

L'amélioration de la glycémie obtenue grâce à l'insulinothérapie améliore la sécrétion d'insuline et la sensibilité à l'insuline en limitant le phénomène de gluco-toxicité. Il a été montré que, parmi des patients diabétiques de type 2 à qui il était prescrit pour la première fois de l'insuline, la différence entre les patients adhérents et ceux qui la refusaient portait certes sur la représentation des patients, mais aussi sur la qualité de communication avec le soignant [7].

Déclarations d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.

Références

- [1] United Kingdom Prospective Diabetes study (UKPDS). UKPDS 16: overview of 6 years therapy of type 2 diabetes: a progressive disease. *Diabetes* 1995;44:1249-58.
- [2] Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005;28:2673-9.
- [3] Korytkowski M. When oral agents fail: practical barriers to starting insulin. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:S18-S24.
- [4] Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villacaballero L, Edelman SV. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care* 2005;28:2543-5.
- [5] Polonsky WH, Jackson RA. What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Clinical Diabetes* 2004;22:147-50.
- [6] Brod M, Kongso JH, Lessard S, Christensen TL. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Qual Life Res* 2009;18:23-32.
- [7] Karter AJ, Subramanian U, Saha C, Crosson JC, Parker MM, Swain BE, et al. Barriers to insulin initiation: the translating research into action for diabetes insulin starts project. *Diabetes Care* 2010;33:733-5.
- [8] Reach G. Insulinothérapie intensive dans le diabète de type 2 : obstacles à l'observance et éléments de réponse. Paris, France : Flammarion Médecine-Science ; Journées de Diabétologie 2007.

Points essentiels

- L'insulinothérapie fait partie du traitement du diabète de type 2.
- Il est normal que les patients éprouvent une insulino-résistance psychologique.
- Cette insulino-résistance psychologique concerne aussi bien les patients que les soignants.
- Il faut identifier les fausses croyances pour y répondre, tôt dans la maladie et ne pas présenter l'insuline comme un épouvantail, mais au contraire un moyen de contrôler efficacement la maladie pour éviter les complications.