

## Autosurveillance de la glycémie

**Personnes à qui s'appliquent les recommandations** : adultes ayant un diabète de tout type

**Personnes à qui sont destinées les recommandations** : professionnels de la santé concernés par les soins aux personnes diabétiques

### Introduction, justificatifs

L'autosurveillance de la glycémie chez la personne diabétique permet un contrôle glycémique de meilleure qualité en impliquant le patient dans l'autogestion de sa prise en soins. Un meilleur contrôle glycémique permet d'éviter ou de retarder les complications du diabète.

### L'essentiel

**Indications** : l'autosurveillance de la glycémie (ASG) devrait être considérée pour toute personne diabétique, et particulièrement en cas : d'insulinothérapie, de traitement hypoglycémiant oral, d'évaluation des changements thérapeutiques, de maladie intercurrente, d'activité à risque (p. ex. la conduite automobile).

#### Fréquence :

Insuline :

- Multiples injections ou pompe : 4 x/jour au minimum (tant en pré- qu'en postprandial)
- Une injection quotidienne : 1 x/jour en principe, à ajuster selon les besoins et l'activité

Antidiabétiques oraux ou modifications du mode de vie :

- À adapter aux besoins et activités (400 bandelettes remboursées par an, en absence d'insulinothérapie)

Tous peuvent être amenés à mesurer plus souvent leur glycémie, afin d'obtenir des renseignements pour adapter leur comportement et leur traitement (prévention de l'hyper- ou hypoglycémie p. ex.).

#### Conseils pratiques à donner aux personnes diabétiques pour le prélèvement capillaire :

- Se laver les mains à l'eau
- S'essuyer les mains
- Ne pas utiliser d'alcool
- Nouvelle lancette à chaque usage
- Sélectionner la profondeur de piqûre
- Piquer le doigt sur le côté, éviter pouce et index
- Jeter la lancette dans un conteneur adapté

#### Evaluation des compétences de la personne diabétique et du matériel :

- Compétences d'auto-surveillance
- Qualité et adéquation de la fréquence de l'ASG
- Utilisation des résultats obtenus
- Impact sur la qualité de vie
- Bénéfices obtenus sur la durée

**Interprétation des résultats** : la prescription et l'utilisation de l'ASG doivent aider aux choix thérapeutiques, en collaboration avec la personne diabétique et son entourage. L'interprétation s'effectue en lien avec les événements cliniques significatifs. Les résultats devraient être documentés et disponibles pour le personnel soignant (idéalement automatiquement).

**Mesure continue de la glycémie** peut être considérée pour :

- Des personnes diabétiques de type 1 sélectionnées : en conjonction avec une insulinothérapie intensive, pour abaisser le taux d'HbA1c
- Des personnes diabétiques ne détectant pas l'hypoglycémie et/ou avec hypoglycémies fréquentes.

### Indications

L'auto-surveillance de la glycémie (ASG) devrait être proposée à toute personne diabétique dans la mesure de ses capacités (avec une éducation adéquate), ou au besoin avec l'aide d'un-e infirmier-ère assurant les soins à domicile. Elle revêt une importance particulière :

- En cas d'insulinothérapie
- Pour les personnes sous hypoglycémiant oraux, pour fournir des informations sur les épisodes d'hypoglycémie en particulier
- Pour évaluer l'impact des changements thérapeutiques ou de mode de vie sur la glycémie

- Pour monitorer la glycémie durant les maladies intercurrentes
- Pour s'assurer de la sécurité du patient lors des activités de la vie quotidienne, y compris la conduite automobile

L'ASG postprandiale est appropriée lorsqu'il y a une discordance entre une HbA1C élevée et des glycémies à jeun satisfaisantes.

### Fréquence

#### Schéma d'injections d'insuline multiples ou pompe à insuline :

ASG 4x/jour au minimum (préprandial, occasionnellement postprandial, au coucher, en cas de suspicion d'hypoglycémie et avant tout exercice physique).

#### Diabétiques de type 2 avec injection d'insuline unique chaque jour :

ASG 1x/jour en principe, à ajuster selon les besoins et l'activité (conduite automobile, activité physique, stabilité des valeurs). Penser à varier le moment du contrôle de la glycémie.

#### Diabétiques de type 2 avec antidiabétiques oraux seuls ou seulement modifications du mode de vie :

ASG (tant en pré- qu'en postprandial) à adapter en fonction du profil glycémique, du traitement reçu, des besoins et objectifs individuels, d'adaptations du mode de vie, du risque d'hypoglycémie. La patiente ou le patient doit être informé qu'en Suisse, seulement 400 bandelettes sont remboursées par année pour les patients qui ne sont pas sous insuline<sup>1</sup> (point à discuter notamment à propos de la conduite automobile – cf. RPC « [Conduite automobile et diabète](#) »).

Dans de nombreuses situations, tous les personnes diabétiques peuvent être amenés à mesurer plus souvent leur glycémie. Ces mesures complémentaires devraient permettre d'obtenir des renseignements utiles pour adapter leur comportement et leur traitement afin d'atteindre les objectifs glycémiques et de prévenir l'hyper- ou l'hypoglycémie.

### Technique

L'auto-surveillance devrait être réalisée en utilisant des appareils de mesure et des bandelettes choisis par la personne diabétique selon ses besoins et ne nécessitant en routine que peu de sang, que l'analyse soit rapide, et d'être doté d'une mémoire intégrale des résultats.

Les méthodes d'ASG utilisant d'autres sites de prélèvement que les phalanges distales ne sont en principe pas recommandées.

Pour les objectifs glycémiques : cf. RPC « [Suivi clinique et paraclinique du diabète](#) ».

### Conseils pratiques à donner aux personnes diabétiques pour le prélèvement capillaire

Pour que le résultat du prélèvement capillaire soit interprétable, il faut qu'avant et lors du prélèvement la personne diabétique :

- Se lave soigneusement les mains à l'eau chaude savonneuse
- S'essuie les mains soigneusement
- N'utilise pas d'alcool
- Se masse le doigt pour activer la circulation
- Insère une nouvelle lancette à chaque usage dans son stylo auto-piqueur
- Sélectionne la profondeur de piqûre du stylo
- Pique le doigt sur le côté, en évitant le pouce et l'index
- Après usage, jette la lancette dans un conteneur adapté

### Evaluation des compétences de la personne diabétique et du matériel

Il est recommandé d'évaluer au moins 1 x/an et de manière structurée :

- Les compétences d'auto-surveillance
- La qualité et l'adéquation de la fréquence de l'ASG
- L'utilisation des résultats obtenus
- L'impact sur la qualité de vie
- Les bénéfices obtenus sur la durée (exemple : HbA1c)

<sup>1</sup> Liste des moyens et appareils (LiMA), annexe 2 (art.20a), ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins (OPAS), 01.01.2014.

Le matériel d'ASG doit être évalué au moins 1x/an et chaque fois que les indicateurs du contrôle de la glycémie ne correspondent pas aux résultats obtenus avec le glucomètre, mesurer la glycémie avec le glucomètre et comparer le résultat à celui obtenu au laboratoire avec un échantillon de sang veineux prélevé au même moment (à jeun).

L'ASG requiert une procédure, simple pour la personne diabétique, disponible en pharmacie ou auprès de sa ou son médecin traitant, pour vérifier le bon fonctionnement du glucomètre utilisé par la personne diabétique.

Informez la personne diabétique que la variabilité des mesures avec un glucomètre est d'environ 10% et qu'une variabilité jusqu'à 15% est acceptable.

## Interprétation des résultats

La prescription et l'utilisation de l'auto-surveillance glycémique doit s'inscrire dans une démarche bien construite et aider aux choix thérapeutiques, en collaboration avec la ou le patient et son entourage ; l'interprétation s'effectue en lien avec les événements cliniques significatifs.

Les résultats devraient être documentés, disponibles pour le personnel soignant, et, idéalement, automatiquement transmis à la personne qui coordonne le réseau de soins en diabétologie (médecin traitant ou diabétologue).

## Mesure continue de la glycémie

La mesure continue de la glycémie en conjonction avec une insulinothérapie intensive est un outil utile pour abaisser le taux d'HbA1c chez des personnes diabétiques sélectionnées, notamment de type 1.

La mesure continue de la glycémie peut être un outil complémentaire à l'ASG chez les personnes ne détectant pas leur hypoglycémie et/ou expérimentant de fréquents épisodes d'hypoglycémie.

La mesure continue de la glycémie peut également être utilisée comme instrument d'éducation thérapeutique à l'autogestion.

## Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du Programme cantonal Diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

## Niveau de preuve et force des recommandations

Les recommandations sur l'indication et la fréquence de l'ASG en cas d'injections multiples ou de pompe à insuline sont basées sur des essais randomisés comparatifs, celles sur l'indication et la fréquence en cas d'injection unique dans le type 2 se basent sur des études de cohorte, celles sur l'indication en cas de diabète de type 2 sans insuline et celles sur la mesure continue en cas d'insulinothérapie intensive sur des essais randomisés comparatifs. Les autres recommandations se fondent sur des consensus d'experts.

## Recommandations sources

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) – USA

- AACE and ACE. Clinical Practice Guidelines for Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan. Endocr Pract. 2015; 21 (Suppl 1): 1-87. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care. 2014; 37 (Suppl 1): S144-153. [Lien](#)
- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care. 2017; 40 (suppl. 1). [Lien](#)

Association Canadienne du Diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes

directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes. 2013; 37(suppl 5): S361-S598. [Lien](#)

Haute Autorité de Santé (HAS) – France

- HAS. Guide – Affections de Longues Durées : Diabète de type 1 de l'adulte. 2007. [Lien](#)
- HAS. Guide parcours de soins - Diabète de type 2 de l'adulte. 2014. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

National Health and Medical Research Council (NHMRC) – Australia

- National Evidence Based Guideline for Case Detection and Diagnosis of Type 2 Diabetes. Prepared by The Boden Institute of Obesity, Nutrition and Exercise of the University of Sydney and The Diabetes Unit Menzies Centre for Health Policy of the University of Sydney 2009. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG17. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: May 2017). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of Diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010 (Updated September 2013). [Lien](#)

**Groupe ayant mis à jour la RPC :** Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Fabrizio Cominetti, Lilli Herzig, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz, Valérie Santschi, Ida Welle.

**Groupe de validation :** Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Anne Zanchi.

**Date de la recommandation :** janvier 2015 / mise à jour des références en novembre 2017

**Date de la prochaine révision :** juin 2018

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.