

Étude POC

Obtention des valeurs cibles de la glycémie – différence de perception fréquente entre le médecin et le patient

Une grande partie des patients atteints de diabète de type 2 traités par insuline basale, avec ou sans antidiabétiques oraux (ADO), n'atteignent pas les valeurs cibles de la glycémie. La question se pose de savoir selon quels critères les patients et les médecins considèrent que les objectifs sont atteints et en quoi leurs perceptions divergent. Au-delà, on peut se demander comment la nécessité d'intensifier l'insulinothérapie est perçue par les médecins d'une part et par les patients d'autre part. L'étude POC (Perception of diabetes control among physicians and people with type 2 diabetes uncontrolled on basal insulin in Sweden, Switzerland and the United Kingdom) a cherché à apporter des réponses à ces questions qui sont encore peu étudiées (1).

How important is each of the following in helping you decide whether your diabetes/a patient's diabetes is well controlled? (% very/extremely important)	People with uncontrolled T2D n = 1012	Physicians n = 300	% Difference
How much insulin (units) taken/day***	77.6	29.0	48.6
# of times/day take insulin***	78.8	32.3	46.5
How predictable life is***	72.1	29.3	42.8
How high/low energy levels are***	74.5	33.0	41.5
How much one thinks about diabetes***	67.7	31.0	36.7
Frequency/severity of low BG (hypoglycemia)***	68.6	93.3	24.7
Whether need more exercise***	74.9	50.3	24.6
Whether daily meter readings in right range***	75.2	51.7	23.5
Whether eating healthy diet***	80.7	62.7	18.0
How feel emotionally on day-to-day basis***	65.9	51.0	14.9
Whether has complications from diabetes***	75.3	89.3	14.0
Weight***	74.9	61.3	13.6
Compliance with taking insulin***	76.4	64.3	12.1
How feel physically on day-to-day basis**	72.3	63.7	8.6
Whether diabetes limits what one can do**	71.4	63.0	8.4
General health**	76.0	68.3	7.7
HbA _{1c} value*	78.9	85.0	6.1
Side effects (e.g. low BG, weight gain)	71.7	76.7	5.0
Frequency/severity of high BG (hyperglycemia)	69.8	66.7	3.1

Chi-square tests indicate significant differences; ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05. T2D: type 2 diabetes, BG: blood glucose.

Tab. 1: Interprétation du contrôle du diabète par les médecins et les patients atteints de diabète de type 2 non maîtrisé par insuline basale

In your opinion, how much do each of the following make it more difficult for you/your patients to have well controlled diabetes? (% very/extremely difficult)	People with uncontrolled T2D n = 1012	Physicians n = 300	% Difference
How much money patient needs to spend on diabetes***	63.5	15.3	48.2
Unavailability of patient support groups***	56.4	10.7	45.7
People around patient not understanding diabetes***	59.4	31.3	28.1
Family obligations (e.g. caring for kids or ill family)***	60.7	33.0	27.7
Other health issues****	70.8	45.0	25.8
Diabetes doctor not understanding patient's individual situation***	67.6	44.3	23.3
Stress***	75.4	54.0	21.4
Not enough support from family or close friends***	61.3	42.0	19.3
Complicated schedule for taking insulin***	64.2	47.0	17.2
Food cravings***	69.8	53.7	16.1
Alcohol intake***	63.7	49.3	14.4
Patient difficulty in remembering to take insulin***	59.4	45.3	14.1
Medicine side effects (e.g. low BG or weight gain)***	69.9	56.0	13.9
Work schedules (long hours or swing/night shifts)***	64.9	52.3	12.6
Lack of education from HCPs about how to control diabetes**	64.9	54.3	10.6
Not having a regular daily routine**	63.2	53.0	10.2
Life crises (e.g. death, divorce, ill family member)*	66.9	60.7	6.2

Chi-square tests indicate significant differences between physicians and patients; ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05. T2D: type 2 diabetes, BG: blood glucose, HCPs: healthcare providers.

Tab. 2: Avis des médecins et des patients atteints de diabète de type 2 non maîtrisé par insuline basale sur les obstacles au contrôle du diabète

Une étude a été réalisée auprès de 1012 patients et 300 médecins en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni.

Les résultats ont montré des différences parfois très significatives dans la perception des patients et des médecins concernant le contrôle du diabète. Pour les médecins, des données cliniques telles que le taux d'HbA_{1c} (p < 0,05), les complications liées au diabète (p < 0,001) ou la fréquence et la gravité des hypoglycémies (p < 0,001) étaient déterminantes. Pour les patients, ce sont les répercussions sur leur vie quotidienne, telles que la fatigue (p < 0,001), la planification de leur vie (p < 0,001), mais également la dose requise d'insuline (p < 0,001), qui étaient décisives. Parmi les critères d'évaluation du traitement, les patients incluent également diverses limitations psychosociales liées à la maladie.

Les médecins se montrent plus réservés à intensifier l'insulinothérapie lorsque les patients y sont réticents, et qu'ils craignent de prendre du poids ou de se sentir ainsi plus malades. L'étude révèle une différence significative entre la perception d'un traitement contrôlé du diabète par le médecin et par le patient. Les médecins se concentrent davantage sur les aspects cliniques et les patients sur les conséquences pour leur vie quotidienne. Les motifs pour lesquels les médecins ne souhaitent pas intensifier le traitement diffèrent également de ceux des patients.

Ces différences de perception devraient être mises en évidence lors de la formation des médecins et de l'instruction des patients, afin d'améliorer la communication réciproque entre médecins et patients, et d'optimiser ainsi les résultats du traitement.

Commentaire du Dr Benno Weissenberger, co-auteur de l'étude POC

Nous avons mené cette étude afin de démontrer les différences de perception existant entre le patient et le médecin pour ce qui est de l'obtention des valeurs cibles de la glycémie lors du traitement du diabète sucré de type 2 lorsqu'un traitement par insuline basale n'est pas efficace.

De plus, nous nous sommes penchés sur les raisons qui ont empêché l'instauration d'une intensification nécessaire de l'insulinothérapie

When your/a patient's diabetes is NOT well controlled, in your opinion how much does your/their diabetes interfere with each of the following: (% very/extremely interfering)	People with uncontrolled T2D n = 1012	Physicians n = 300	% Difference
Making plans***	61.7	15.7	46.0
Keeping appointments and commitments***	62.5	17.0	45.5
Being able to do what one wants to do***	69.3	25.0	44.3
Spending time with friends***	55.0	12.7	42.3
Carrying out family responsibilities***	59.6	17.7	41.9
Spending time with family***	55.6	15.0	40.6
How well can complete daily chores***	59.8	21.0	38.8
How much able to accomplish during the day***	61.7	23.3	38.4
Performance at work***	70.0	33.7	36.3
Energy level***	71.0	35.7	35.3
Missed work time***	62.9	27.7	35.2
Mood and emotions***	62.9	32.7	30.2
How well feel physically on a day-to-day basis***	64.7	36.3	28.4
General health***	69.9	50.7	19.2

Chi-square tests indicate significant differences between patients and physicians; ***p<0.001.
 aOnly asked of respondents who reported working for pay (n¼717). T2D: type 2 diabetes.

Tab. 3: Façon dont les médecins et les patients atteints de diabète de type 2 non maîtrisé évaluent les répercussions du diabète sur leur vie

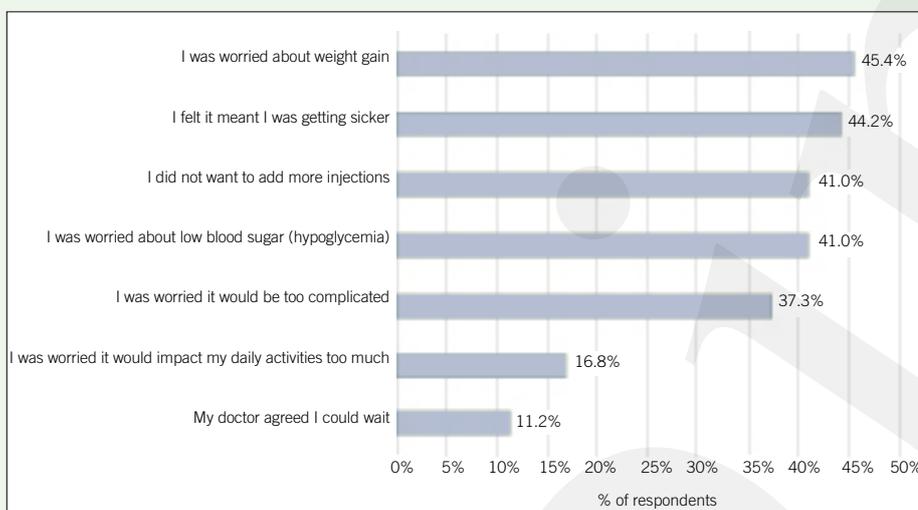


Fig. 1: Motifs de réticence de la part des patients atteints de diabète de type 2 non maîtrisé par insuline basale à intensifier leur traitement en ajoutant un bolus d'insuline, en dépit des recommandations du médecin

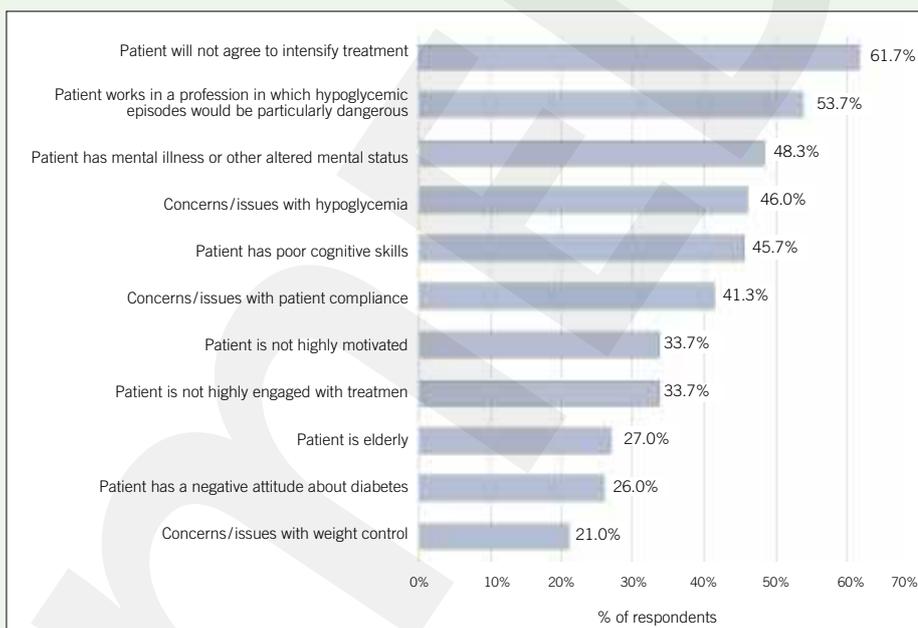


Fig. 2: Réticences de la part des médecins à intensifier l'insulinothérapie chez des patients atteints de diabète de type 2 non maîtrisé par insuline basale (plusieurs réponses sont possibles)

dans une telle situation, tant du point de vue du patient que de celui du médecin. J'ai personnellement été surpris de constater à quel point la notion de qualité du traitement est comprise différemment par le patient et par le médecin. Tous deux discutent du même thème mais ne se comprennent pas mutuellement. Il est permis de se demander si le patient est réellement en mesure de participer à la prise de décisions concernant son traitement, comme le prévoient les recommandations de l'Association américaine du diabète (ADA)/l'Association européenne pour l'étude du diabète (EASD) (2). Quelles sont les conséquences de cette incompréhension mutuelle sur l'observance thérapeutique? De toute évidence, il est nécessaire d'adapter les contenus de formation destinés aux médecins et aux patients, afin de mettre en lumière ces différences de perception et de les prendre en considération. Le médecin est formé cliniquement et porte son attention sur le taux d'HbA_{1c}, les complications tardives du diabète et les hypoglycémies. Le patient aspire devenir autonome sur le plan de la gestion de son diabète. Les problèmes et les craintes du patient sont toutefois insuffisamment comprises et ne peuvent donc pas être abordées. Or, l'adaptation du mode de vie prescrite par les médecins aux patients atteints de diabète sucré doit reposer sur une compréhension réciproque afin de leur permettre de mettre en pratique leurs acquis. Je pense qu'il est nécessaire de discuter des résultats obtenus avec les conseillers/conseillères en diabétologie et les nutritionnistes, car ces personnes assument une grande responsabilité dans la formation des patients. Ces résultats devraient être débattus avec les médecins dans le cadre de formations continues. Dans le cadre de ma pratique au cabinet médical, je m'efforcerai d'aborder le point de vue du patient de manière concrète et de mieux en tenir compte.

Références:

1. Meryl Brod et al. Perceptions of diabetes control among physicians and patients with uncontrolled type 2 diabetes using basal insulin. *Curr Med Res Opin* 2016;32(6):981-9
2. Silvio E.Inzucchi et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes. A Patient-centered Approach. Position Statement of ADA and EASD. *Diabetes Care* 2012;35:1364-79

MENTIONS LÉGALES

Compte-rendu: Dr Benno Weissenberger, Bâle

Rédaction Dr Heidrun Ding

Avec le soutien de **Novo Nordisk Pharma SA, Küsnacht**

© Aertzeverlag **medinfo** AG, Erlenbach