

Interventions éducatives auprès des patients diabétiques de type 2 : Quelles sont les données actuelles de la science (DAS) ?

A Moreau PUMG

CUMG

Université Claude Bernard Lyon1

Efficacité des interventions éducatives sur des critères de morbimortalité : Sténo 2

- Prise en charge intensive, multifactorielle (médicamenteuse, hygiéno-diététique, arrêt du tabac), chez des patients DT2 à risques CV avec microalbuminurie
- Inclusion 160 patients ; durée moyenne de prise en charge 7,8 ans.
- Intervention en « ouvert », intensive, par équipe « motivée » du centre diabétologique STENO (médecin + infirmière + diététicienne) vs Soins « Habituels » (SH) par MG selon RPC danoises

- Diminution d'environ 50 % d'un critère composite de morbidité cardiovasculaire entre groupe intervention vs groupe SH (HR : 0,47 ; IC 95% : 0,22 à 0,74; $p = 0,01$)
- HbA1c : $-0,5 \pm 0,2$ vs $-0,2 \pm 0,3$ ($p < 0,001$)
- LDL cholestérol : $- 0.47$ (± 0.5) vs $- 0.13$ (± 0.6) $p < 0.001$
- PA : -14 mmHg (± 2 mmHg) vs $- 3$ mmHg (± 3 mmHg) $p < 0.001$.
- Pas de différence sur l'arrêt du tabac et la perte de poids

	Groupe intervention (n:80)	Groupe « Soins usuels » (n:80)	Hazard Ratio HR
Décès toutes causes	24	40	HR = 0,54 IC95 = 0,32-0,89, p = 0,02
Décès cardiovasculaires	9	19	HR = 0,43 IC95 = 0,19-0,94, p = 0,04
Evénements cardiovasculaires	51	158	HR = 0,41 IC95 = 0,25-,67 p < 0,001
IR stade terminal	1	6	
Photocoagulation rétinienne	14	27	HR = 0,45 ; IC95 = 0,23-0,86, p = 0,02)

Efficacité des interventions éducatives sur des critères de morbimortalité : Look AHEAD

- Effets à 12 ans d'une Intervention Educative (IE) visant la perte d'au moins 7% du poids initial et un accroissement d'activité physique modéré à intense d'au moins 175 minutes/ semaine
- Critères de jugements : HbA1c, facteurs de risque cardiovasculaire, activité physique et morbimortalité

- 5 145 patients DT2 45-75 ans, IMC > 25 kg/m² ; 59,5 % de femmes et l'âge moyen 58,7 ans
- Groupe IE : prise en charge individuelle et en groupe pendant 4 ans comprenant intervention diététique (réduction calorique et des graisses saturées, avec possibilité de remplacement de repas) et l'accroissement progressif de l'activité physique (AP)
- Groupe soins habituels (SH) = information soins des pieds, des conseils diététiques et d'encouragements à l'arrêt tabac pour les fumeurs.

A 1 an	IE	SH	
Perte de poids	8,6 %	0,7 %	p < 0,001
Accroissement de l'activité physique	20,9 %	5,8 %	p < 0,001
Amélioration HbA1c %	7,25 % ($\pm 0,02$) à 6,61 % ($\pm 0,02$) – 0,64	7,3 % ($\pm 0,02$) à 7,2 % ($\pm 0,02$) – 0,14	p < 0,001

A 4 ans (7 % perdus de vue)	IE (95% IC)	SH (95% IC)	
Perte de poids	6,15 % (-6,39 à -5,91)	0,88 % (-1,12 à -0,64)	p < 0,001
Accroissement de l'activité physique	12,74 % (11,87 à 13,62)	1,96 % (1,07 à 2,85)	p < 0,001
Amélioration HbA1c %	-0,36 (-0,40 à -0,33)	-0,09 (-0,13 à -0,06)	p < 0,001

A 10 ans : la différence n'est plus significative sur le critère composite principal de morbi mortalité

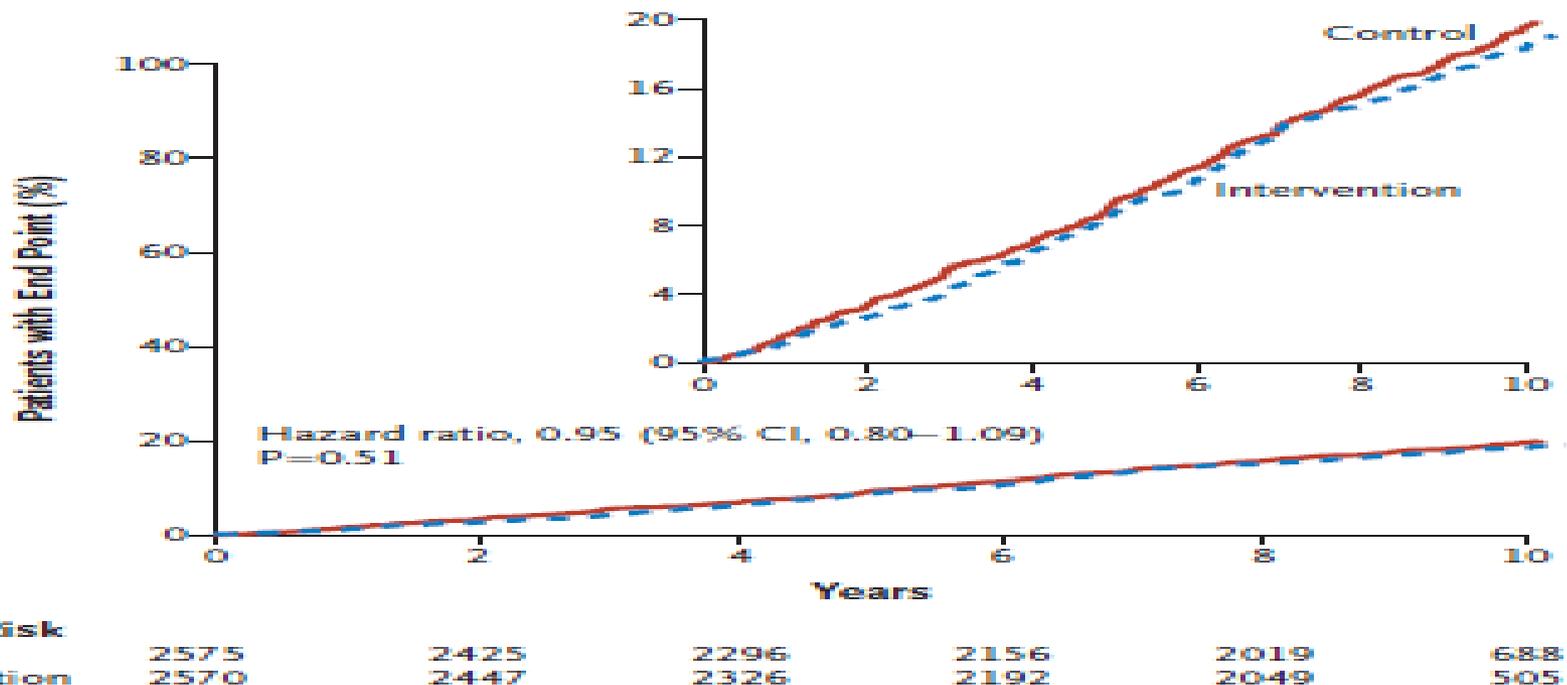


Figure 2. Cumulative Hazard Curves for the Primary Composite End Point. Shown are Kaplan–Meier estimates of the cumulative proportion of patients with a primary event. The primary outcome was a composite of death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or hospitalization for angina. The numbers below the graph are the numbers of patients at risk in each study group at years 2, 4, 6, 8 and at 10.4 years, when the last observed event occurred. The inset shows the same data on an expanded y axis.

Efficacité des interventions éducatives sur l'HbA1c

- En Moyenne, entre 0.3 et 1 % ⁽¹⁾
- Efficacité des interventions d'entraînement à l'autogestion du diabète en travail de groupe ⁽²⁾ :

	4 mois (3 ECR)	12 mois (7 ECR)	24 mois (2 ECR)
Baisse de l'HbA1c	1,4 % (IC95 = 0,8-1,9, p < 0,00001)	0,8 % (IC95 = 0,7-1,0, p < 0,00001)	1 % (IC95 = 0,5-1,4, p < 0,00001)

- L'effet de baisse de l'HBA1C d'autant plus important que le niveau d'HbA1c est important au départ ⁽³⁾

$\geq 8 \%$	$\leq 7,9\%$,
0,8 % à 2,5 %	+0,1 % à -0,7 %

1. Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. Exercer 2011;(99):191-200.
2. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane database of systematic reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003417. DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2
3. Sigurdardottir AK, Jonsdottir H, Benediktsson R. Outcomes of educational interventions in type 2 diabetes: WEKA data-mining analysis. Patient Education & Counseling 2007;67:21-31

Evaluation des composantes efficaces sur l'HbA1c

3 composantes expliquent le contrôle glycémique (pour 44 % de la variance)

- Communication directe en vis-à-vis
- Interventions cognitives permettant aux patients de faire évoluer leurs perceptions
- Entraînements physiques

« empowerment »

ECR Kaplan (164 patients)

- Intervention « Patient activation » = capacités des patients à poser plus de questions, à mieux exprimer leurs émotions et à négocier avec les professionnels de santé.

- Résultats :

Efficacité sur satisfaction + connaissance de la maladie
+ amélioration subjective de l'état de santé et du statut fonctionnel.

Influence significative de l'expression des émotions par les médecins

Sur le plan clinique, diminution significative de la pression artérielle diastolique et de l'HbA1C

Intervention Approche Centrée Patient

L'ECR « X-PERT » (314 patients DT2) (1)

- Intervention : séances en groupe d'apprentissage d'autogestion + ACP
- Diminution significative de l'HbA1c de - 0,6% vs +0,1% dans le groupe témoin ($p < 0,001$).

L'ECR « ACP » (250 patients) (2)

- Intervention formation à l'ACP des MG et infirmières à l' « écoute active » des perspectives du patient (sur une demi-journée) vs groupe SH.
- Différence d'HbA1C non statistiquement significative en faveur du groupe « ACP » (faible puissance de l'étude ? Formation limitée ?). Intérêt de l'ACP sur la communication, la satisfaction et le bien être psychosocial perçu par le patient.

1) Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured patient education: the diabetes X-PERT programme makes a difference. Diabetic Medicine 2006;23:944-54

2) Kinmonth A, Woodcock A, Griffin S et al. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. BMJ 1998;(317):1202-8.

- Etre empathique : le degré d'empathie des MG évaluée par un score (Jefferson Scale of Empathy ») corrélé positivement au taux d'Hba1c et de LDL cholestérol (Etude transversale de Hojat)
- Prendre en compte les attentes, les représentations du patient
- Conseiller
- Expliquer positivement
- Rassurer
- Encourager à des changements

- Interventions éducatives complexes, multifactorielles
- Outils d'évaluation hétérogènes et manque de description des procédures éducatives
- Des méthodes de qualité faible ou moyenne
- Des méta-analyses difficiles et peu concluantes