

# GROUPES QUALITE

## PRISE EN CHARGE DU DIABETE DE TYPE II

### DOSSIER DOCUMENTAIRE

JUIN 2009

#### COMITE DE REDACTION

René LE JEUNE  
Jean BATTINI  
Arnaud GANNE  
Jean-Yves HASCOET

#### COMITE DE RELECTURE

Didier MYHIE  
Hervé LE NEEL

*Validation interrégionale par la région Haute-Normandie*

## PROBLEMATIQUE

---

On assiste, depuis les dernières décennies, à une augmentation du nombre de patients porteurs d'un diabète de type 2, en raison d'une part de l'augmentation de la durée de vie, et d'autre part des modifications du mode de vie et de l'environnement. Les complications de la maladie diabétique sont fréquentes et responsables de la morbi-mortalité de cette pathologie dont le poids collectif, humain et financier, s'accroît.

La prévalence de la maladie diabétique traitée est estimée à 3,8 % dans la population française mais la prévalence en Bretagne est moindre que dans des régions du nord et de l'est de la France.

La prise en charge du diabète et de ses complications doit être précoce et doit prendre en compte le risque cardiovasculaire global du patient. La recherche de l'équilibre glycémique est fondamentale. Cet objectif est aujourd'hui atteint pour seulement 25 à 30 % des diabétiques de type 2. L'arsenal thérapeutique gagne en efficacité mais ne doit pas faire l'économie des mesures non médicamenteuses, à la fois préventives et curatives.

## LES REFERENTIELS

---

- « Le traitement médicamenteux du diabète de type 2 » Actualisation. Recommandation de Bonne Pratique (RBP), Synthèse, Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)/ Haute Autorité de Santé (HAS), Novembre 2006 – [Site de la HAS](#)
- « Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications », Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Mars 2000.
- « Guide ALD 8 : Diabète de type 2 » HAS, juillet 2007 - [Site de la HAS](#)

## SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS ET MESSAGES ESSENTIELS

---

La prise en charge thérapeutique du diabète de type 2 doit être précoce et en même temps globale. L'objectif est double :

- viser à normaliser la glycémie
- corriger l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire amendables

La prise en charge doit être adaptée à chaque patient en étant modulée selon l'âge physiologique, les comorbidités, la sévérité et l'ancienneté du diabète ; elle s'appuie sur la participation active du patient et fait appel à la complémentarité des différents professionnels de santé.

### Prévenir et traiter la microangiopathie et la macroangiopathie diabétiques

- Des mesures hygiéno-diététiques, l'exercice physique, une perte de poids
- La recherche de la normalisation glycémique définie par une hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieure à 6,5 %

- Une prise en charge précoce et stricte des cofacteurs de risque :
  - ⇒ Le contrôle strict de la pression artérielle  $\leq 130/80$
  - ⇒ Le traitement de l'hyperlipidémie par l'atteinte des valeurs cible,
  - ⇒ L'arrêt du tabac

### **Les grandes lignes de la stratégie thérapeutique recommandée**

- Lorsque le diabète est découvert à un stade précoce
  - ⇒ Mesures hygiéno-diététiques pendant six mois,
  - ⇒ Si HbA1c reste  $\geq 6\%$  après 6 mois de MHD, mise en route d'un traitement par Metformine,
- HbA1c  $\geq 6,5\%$  malgré six mois de MHD, monothérapie au choix :
  - ⇒ Metformine en priorité quel que soit l'IMC,
  - ⇒ Un insulinosécréteur si IMC  $\leq 27$ ,
- Echec de la monothérapie avec HbA1c  $\geq 6,5\%$  après six mois de traitement :
  - ⇒ Bithérapie éventuellement en doses fixes,
  - ⇒ Puis éventuellement en cas d'échec après six mois de bithérapie, essai de trithérapie ou adjonction d'insuline,

### **Place de l'autosurveillance glycémique**

- Chez tous les patients insulinotraités ou qui sont susceptibles de l'être à court terme,
- Chez les patients sous insulinosécréteur à fort risque d'hypoglycémie,

### **Prise en charge des facteurs de risque associés**

- Prise en compte du niveau de risque cardio-vasculaire global,
- Identification des situations de prévention secondaire ou de Risque Cardio-Vasculaire (RCV) équivalent à une prévention secondaire,
- Prescription systématique d'une statine dans ces situations quel que soit le taux de LDL,
- Prescription systématique d'aspirine dans les mêmes situations,
- Chez les patients à RCV faible ou modéré, prise en charge de la dyslipidémie selon les valeurs cibles du LDL,
- Rechercher le contrôle tensionnel de tous les diabétiques avec une PA  $\leq 130/80$ ,
- Traiter l'Hypertension Artérielle (HTA) par les Mesures Hygiéno-diététiques (MHD), une monothérapie ou une bithérapie incluant un diurétique, une IEC ou un ARA2 si atteinte rénale

### **Eléments essentiels du suivi des diabétiques**

- Dosage de l'HbA1c, systématique tous les 3 mois<sup>1</sup>,
- Microalbuminurie et créatininémie à jeun<sup>2</sup>, une fois par an,

---

<sup>1</sup> En 2007, 39 % des diabétiques bénéficiaient d'au moins 3 dosages d'HbA1c, 66 % d'au moins deux dosages, mais 13 % des diabétiques n'ont pas eu de dosage en 2007

Source : les premiers résultats de l'étude ENTRED 2007-2010, sur un échantillon national représentatif des diabétiques traités. [www.invs.sante.fr/publications/entred/entred\\_2007\\_2010/premiers\\_resultats.htm](http://www.invs.sante.fr/publications/entred/entred_2007_2010/premiers_resultats.htm)

Les indicateurs ne prennent en compte que les actes réalisés en médecine libérale et non ceux réalisés à l'hôpital, conduisant à une sous-estimation de la réalité du suivi).

<sup>2</sup> En 2007, 80 % des diabétiques ont eu un dosage de la créatininémie, mais seulement 26 % un dosage de l'albuminurie.

- Bilan lipidique une fois par an<sup>3</sup>
- La surveillance annuelle du fond d'œil est recommandée chez tous les diabétiques de type 2<sup>4</sup>,
- ECG de repos et/ou consultation cardiologique<sup>5</sup>, une fois par an,
- Examen des pieds, une fois par an
- Bilan dentaire, une fois par an

## LES INDICATEURS DE SUIVI

---

### Préambule

Le diabète est une maladie chronique dont la prise en charge et la surveillance ont fait l'objet de recommandations de la HAS largement diffusées et actualisées en 2006, applicables à une grande partie des patients diabétiques de type 2.

Le diabète figure au rang des principales priorités de santé publique et beaucoup de partenaires ont souhaité disposer d'outils permettant d'évaluer l'amélioration de la prise en charge médicale des diabétiques : la HAS, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), l'Association Française des Diabétiques et l'association nationale de coordination des réseaux diabète, les sociétés savantes parmi d'autres partenaires ont mis en place dès 2001 une enquête nationale sur la prise en charge des diabétiques, ENTRED, qui a été renouvelée à partir de 2007. Cette enquête utilise un échantillon représentatif des patients diabétiques construit à partir des données de remboursement figurant dans les bases du système d'information de l'assurance maladie.

Parmi les nombreuses thématiques étudiées par ENTRED, figurent la qualité du suivi médical du diabète et la prise en charge cardio-vasculaire. Une série d'indicateurs ont été construits pour explorer ces deux thématiques. Ces indicateurs utilisent les données de remboursement du système d'information de l'assurance maladie. Dans la construction de notre propre batterie d'indicateurs de suivi des pratiques dans les Groupes Qualité, nous nous sommes largement inspirés des indicateurs construits pour ENTRED, parce qu'ils ont fait la preuve de leur pertinence.

Néanmoins, comme dans ENTRED, nos indicateurs sont d'abord des indicateurs de processus et non des indicateurs de résultats, mêmes intermédiaires : dans les bases du remboursement de l'assurance maladie ne figurent pas les données diagnostiques (comorbidités, sévérité de la maladie, existence de complications,..) les résultats des examens de suivi et des informations précises sur les stratégies thérapeutiques.

Pour aller au-delà et disposer par exemple d'éléments pertinents sur l'impact de la prise en charge sur l'état de santé des patients diabétiques, il serait indispensable d'utiliser la méthode de l'audit ciblé, qui est d'évidence consommatrice en temps. Nous n'avons pas fait ce choix, en considérant que les résultats des indicateurs de processus tirés des bases de

---

<sup>3</sup> En 2007, plus de 30 % des diabétiques n'ont pas eu de dosage du LDL-cholestérol.

<sup>4</sup> En 2007, 45 % des diabétiques ont eu une consultation ophtalmologique.

<sup>5</sup> En 2007, un ECG ou une consultation de cardiologie ont été pratiqués chez 34 % des diabétiques.

l'assurance maladie étaient suffisamment pertinents pour mettre en évidence les évolutions attendues dans la prise en charge.

**La population étudiée** est celle des patients ayant bénéficié d'au moins deux délivrances d'antidiabétiques oraux dans les six mois précédant la période de l'étude qui porte sur un semestre.

### **Identification de sept recommandations portant sur la prise en charge du diabète de type II**

Les quatre premiers indicateurs visent le suivi biologique des patients diabétiques et la surveillance des complications<sup>6</sup>.

Le cinquième indicateur concerne la priorité donnée à la prescription de metformine en première intention.

Les deux derniers indicateurs concernent la prescription recommandée de statines et d'antiagrégants chez les patients diabétiques à haut risque vasculaire.

#### **Recommandation 1 : Un dosage trimestriel de l'hémoglobine glyquée chez les patients diabétiques**

Le suivi d'un patient diabétique impose un dosage trimestriel de l'hémoglobine glyquée

*Indicateur* : Pourcentage de patients diabétiques ayant bénéficié de trois dosages au moins de l'HbA1C dans l'année

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

#### **Recommandation 2 : Un ECG de repos annuel pour les patients diabétiques**

Le suivi d'un patient diabétique impose un examen chez le cardiologue ou un ECG de repos annuel.

*Indicateur* : Pourcentage de patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen chez le cardiologue ou d'un ECG dans l'année

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

#### **Recommandation 3 : Une surveillance du fond d'œil annuelle pour les patients diabétiques**

La surveillance d'un patient diabétique impose une surveillance du fond d'œil ou une consultation ophtalmologique annuelle.

*Indicateur* : Pourcentage de patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen ophtalmologique ou d'un fond d'œil dans l'année

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

---

<sup>6</sup> Pour analyser la qualité de la surveillance des patients diabétiques, on a choisi de présenter les résultats de quatre indicateurs pertinents, à l'instar de la présentation des résultats de l'étude ENTRED. Une autre approche aurait pu être celle retenue dans l'article suivant : Rudchini A., Poutignat N., Obreccht O. Parcours de soins dans le diabète de type 2 non compliqué. Le Concours Médical. Tome 130 -15 du 7-10-2008 : 790-792. Dans cette étude, les auteurs issus de la HAS définissent le parcours de soins « acceptable » d'un patient diabétique sans complication ni comorbidité en agrégeant divers indicateurs et le compare aux résultats de l'étude Entred 2007.

**Recommandation 4 : La recherche d'une micro-albuminurie une fois par an pour les patients diabétiques**

La surveillance d'un patient diabétique impose la recherche d'une micro-albuminurie une fois par an.

*Indicateur* : Pourcentage de patients diabétiques ayant bénéficié d'une recherche de micro-albuminurie dans l'année

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

**Recommandation 5 : La prescription de Metformine est à privilégier dans le cadre d'une instauration de traitement**

Dans la prise en charge initiale du diabète, les recommandations incitent à privilégier en monothérapie la prescription de Metformine. Cependant, lorsque l'HbA1c reste supérieure à 6,5 % malgré six mois de MHD, la monothérapie initiale peut faire appel aussi bien à la prescription de la metformine qu'à celle d'un insulinosécréteur.

*Indicateur* : Pourcentage de patients en instauration de traitement par antidiabétiques oraux (ADO) qui ont bénéficié d'une prescription de Metformine en monothérapie

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

***Les deux derniers indicateurs concernent les patients à haut risque vasculaire***

Ces patients ne sont pas identifiés en tant que tels dans les bases de remboursement de l'Assurance Maladie. En effet, celles-ci ne permettent pas de reconnaître expressément tous les facteurs de risque que présente un patient.

Par approximation, on considère que l'association des deux critères suivants nous permet de classer les patients dans la population des diabétiques à haut risque :

- la consommation d'un traitement à visée cardiovasculaire
- l'âge du patient : homme  $\geq$  50 ans, femme  $\geq$  60 ans.

**Recommandation 6 : Introduire une statine chez les patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire**

En prévention cardiovasculaire secondaire et prévention primaire chez les patients à haut risque cardiovasculaire, il est recommandé, quel que soit le niveau du LDL-cholestérol, d'introduire une statine

*Indicateur* : Pourcentage de patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire ayant bénéficié d'un traitement par statine

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

**Recommandation 7 : Administration de faibles doses d'aspirine en association au traitement hypolipémiant chez les patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire**

En prévention cardiovasculaire secondaire et prévention primaire chez les patients à haut risque cardiovasculaire, l'administration de faibles doses d'aspirine est recommandée, en association au traitement hypolipémiant

*Indicateur : Pourcentage de patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire ayant bénéficié d'un traitement par aspirine à faibles doses associé au traitement hypolipémiant.*

↳ Une hausse de ce pourcentage est souhaitable.

## **CONTACTS**

- **René LE JEUNE** – Médecin coordonnateur des groupes qualité en Bretagne  
[rene.le-jeune@wanadoo.fr](mailto:rene.le-jeune@wanadoo.fr)
- **Jean BATTINI** – Médecin conseil à la Direction Régionale du Service Médical de Bretagne  
[jean.battini@ersm-bretagne.cnamts.fr](mailto:jean.battini@ersm-bretagne.cnamts.fr)
- **Arnaud GANNE** – Chargé de mission à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne  
[arnaud.ganne@urcam-bretagne.cnamts.fr](mailto:arnaud.ganne@urcam-bretagne.cnamts.fr)
- **Jean-Yves HASCOET** – Médecin généraliste, Président de l'association APIMED en Bretagne et élu de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne  
[j-yves.hascoet@wanadoo.fr](mailto:j-yves.hascoet@wanadoo.fr)