

Prise en charge thérapeutique du risque cardiovasculaire dans le diabète de type 2 en France – Etude Entred, 2001

C. Marant¹, S. Fosse¹, I. Romon¹, A. Weill², D. Simon^{3,4}, E. Eschwège⁴, M. Varroud-Vial³, M. Malinsky³, A. Fagot-Campagna¹
¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; ²Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés Paris ; ³Anred, Association nationale de coordination des réseaux diabète, Montrouge ; ⁴Institut national de la santé et de la recherche médicale, U780, Villejuif

Introduction

En présence d'un diabète, le risque de développer une maladie cardiovasculaire est double, et un diabétique sur deux décède d'une telle pathologie. Diminuer la fréquence et la gravité des complications cardiovasculaires des diabétiques constitue donc une priorité de santé publique en France.

Les comités d'experts de l'Anaes et de l'Affsaps ont émis des recommandations relatives au suivi et à la prise en charge thérapeutique des diabétiques.

Objectifs

Dans la population diabétique de type 2 (DT2) issue de l'étude Entred (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) :

- décrire, en 2001 et en 2003, la fréquence de délivrance des différentes classes de médicaments à visée cardiovasculaire et leur tendances temporelles ;
- décrire cette prise en charge en fonction du niveau de risque vasculaire ;
- la comparer aux recommandations passées et actuelles,
- rechercher les déterminants d'une bonne prise en charge du risque vasculaire en 2001.

Méthodes

- Entred : tirage au sort, en 2001, de 10 000 adultes vivant en France métropolitaine :
 - affiliés au régime général des travailleurs salariés ;
 - remboursés d'au moins un antidiabétique oral et/ou d'insuline au dernier trimestre 2001.
- Envoi, en 2002, d'un questionnaire par voie postale aux 10 000 personnes tirées au sort (taux de réponse : 45 %).
- Envoi d'un questionnaire médical au médecin traitant des personnes répondantes après autorisation de celles-ci (taux de réponse : 46 %).
- 3 bases de données ont été utilisées :
 - les soins remboursés de l'Assurance maladie : consultations, médicaments, hospitalisations - n=9987 (après exclusion de 13 femmes enceintes) ;
 - les réponses au questionnaire patient - n=3324 diabétiques de type 2 ;
 - les réponses au questionnaire médecin - n=1553 médecins traitants des diabétiques de type 2.
- A partir du fichier de remboursement de l'Assurance maladie et des codes EphMRA, ATC, et CIP : codage des délivrances de médicaments à visée cardiovasculaire ayant eu lieu au dernier trimestre 2001.
- Analyse à l'aide de :
 - test du Chi2 brut ou ajusté pour les variables qualitatives ;
 - régression logistique pas à pas ascendante au seuil de 5 % pour l'analyse multivariée.

Résultats globaux

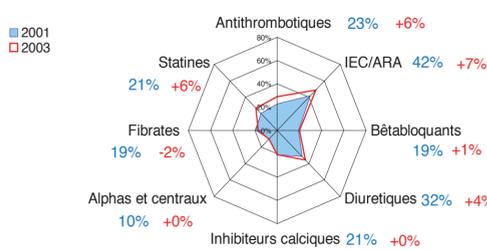
Tableau 1 : Caractéristiques des diabétiques de type 2 - n=3 324

Âge	65 ans
Ancienneté du diabète	11 ans
Hommes	54 %
Complications	
microvasculaires [†]	24 %
cardiovasculaires ^{††}	20 %
Traitement	
ADO seuls	83 %
Insuline + ADOs	7 %
Insuline seule	10 %
Suivi par Endocrinologue	
hospitalier	3 %
libéral	10 %
Généraliste seul	86 %

[†] : laser, perte de la vue d'un œil, mal perforant plantaire, amputation, dialyse ou greffe rénale

^{††} : angor, infarctus du myocarde, chirurgie ou plastie coronaire

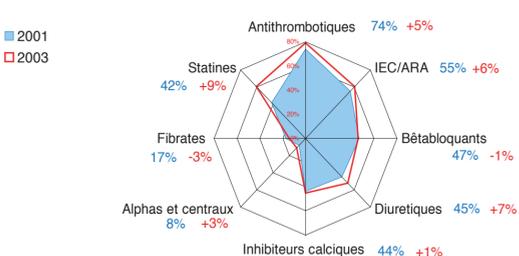
Figure 1 : Evolution 2001-2003 : Fréquence de délivrance des médicaments à visée cardiovasculaire chez les diabétiques de type 2 non coronariens - n=2 559



En 2001 : les IEC/ARA et les diurétiques sont les médicaments à visée cardiovasculaire les plus utilisés chez les diabétiques de type 2 non coronariens. Les statines et les fibrates sont peu utilisés.

En 2003 : l'utilisation des IEC/ARA ainsi que celle des statines et des antithrombotiques ont nettement augmenté par rapport à 2001.

Figure 2 : Evolution 2001-2003 : Fréquence de délivrance des médicaments à visée cardiovasculaire chez les diabétiques de type 2 coronariens - n=604

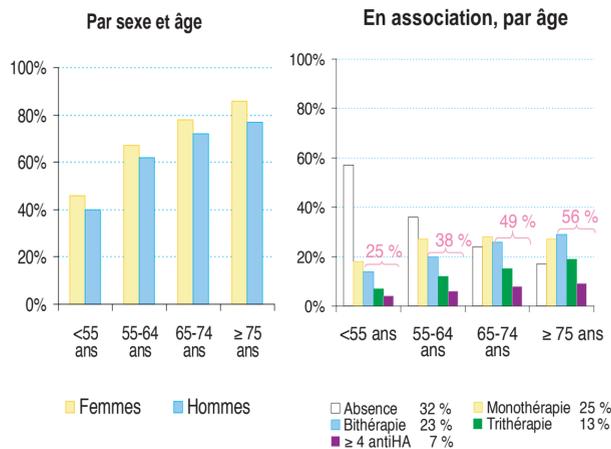


Chez les diabétiques de type 2 coronariens, les antithrombotiques, IEC/ARA, et bêta-bloquants sont fréquemment utilisés.

Entre 2001 et 2003, les classes ayant pris le plus d'importance sont les statines, les diurétiques, et les IEC/ARA.

Prise en charge par antihypertenseurs

Figure 3 : Délivrance d'antihypertenseurs 68 %

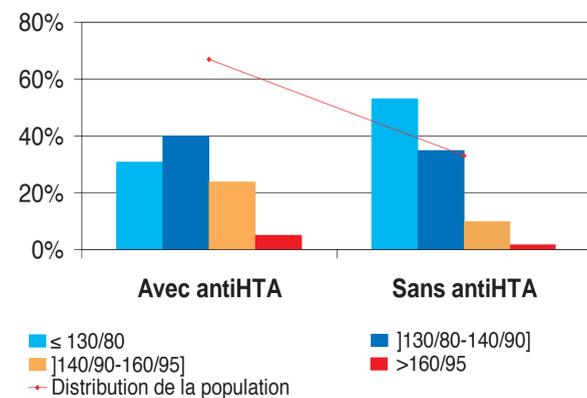


La fréquence de délivrance des antihypertenseurs augmente avec l'âge.

Les femmes sont plus souvent traitées que les hommes par antihypertenseurs.

La fréquence de délivrance des associations augmente avec l'âge.

Figure 4 : Niveaux de pression artérielle en fonction l'existence d'un traitement antihypertenseur - n=1 553

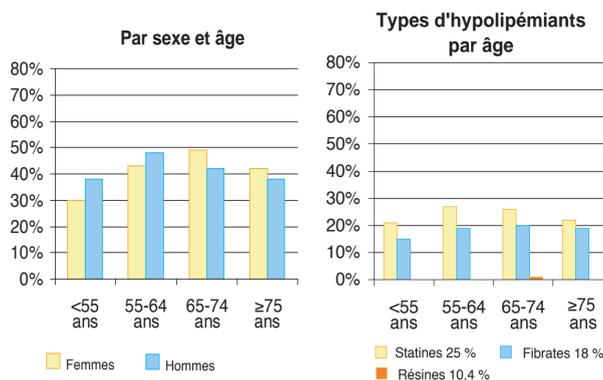


La recommandation actuelle est une PA ≤ 130/80 mmHg. En 2001, l'objectif passé de < 140/80 mmHg n'était atteint que chez 23 % des personnes.

Cependant, on peut douter de la qualité de la mesure de la pression artérielle, qui est souvent mesurée au cm, et non au mm, et de l'utilisation d'un brassard adapté à la population obèse (36 % de la population).

Prise en charge par hypolipémiants

Figure 5 : Délivrance d'hypolipémiants 42 %



Parmi les diabétiques de type 2, 42 % ont bénéficié d'au moins une délivrance d'hypolipémiant au dernier trimestre 2001.

La fréquence de délivrance des hypolipémiants augmente jusqu'à 65 ans, puis diminue.

Les hommes sont plus souvent traités que les femmes jusqu'à 65 ans, puis la tendance s'inverse.

Quel que soit l'âge, les statines sont plus souvent utilisées que les fibrates (25 % vs 18 %).

Tableau 2 : Niveau de risque vasculaire* et contrôle du LDL chez le diabétique de type 2, n=1 553

Niveau de risque	Distribution	Statine ou fibrate	Objectif LDL (g/L)	LDL > objectif (%)	Parmi les personnes > objectif, % traitées par statine ou fibrate
Elevé	29 %	57 %	≤ 1	73 %	55 %
Modéré	46 %	43 %	< 1,3	48 %	50 %
Faible	25 %	31 %	< 1,6	13 %	27 %

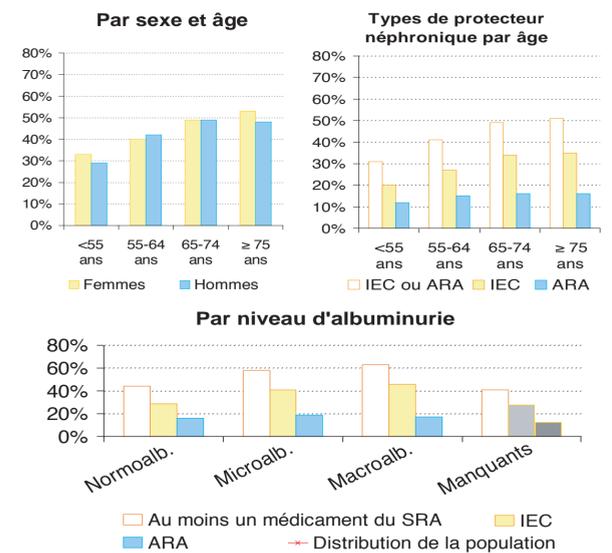
*Risque fonction de l'âge, du sexe, de l'existence d'une maladie coronaire ou vasculaire, de l'HTA, du tabagisme et de la fonction rénale.

- Chez les personnes à haut risque vasculaire (près d'un tiers des diabétiques de type 2), deux sur cinq ne sont pas traités par hypolipémiants.

- Chez les personnes à haut risque, 73 % ont un taux de LDL supérieur au seuil recommandé, et près de la moitié d'entre eux ne sont traités ni par statine ni par fibrate.

Prise en charge par IEC et ARA

Figure 6 : Délivrance des médicaments du système rénine-angiotensine 44 %



44 % des personnes diabétiques ont reçu au moins un IEC ou ARA au dernier trimestre 2001.

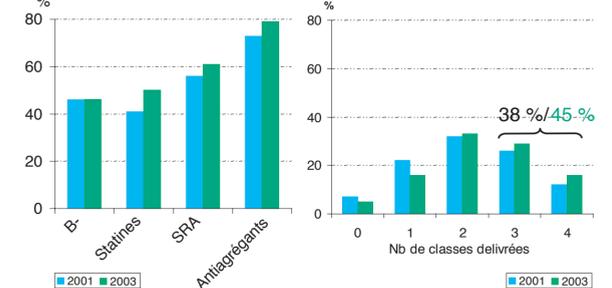
Leur utilisation augmentait avec l'âge, et les hommes et les femmes n'étaient pas traités différemment.

L'albuminurie n'a pas été mesurée dans 40 % des cas.

Parmi les 11 % de personnes micro ou macroalbuminuriques connues, seules 59 % sont traitées par IEC ou ARA.

Prise en charge des coronariens

Figure 7 : Fréquence de délivrance d'une polythérapie chez les diabétiques de type 2 coronariens, en 2001 et 2003



Chez le diabétique de type 2 coronarien, l'utilisation simultanée d'un bêtabloquant, d'une statine, d'un IEC ou ARA, et d'un antiagrégant plaquettaire est aujourd'hui recommandée.

- En 2001 et en 2003, les antiagrégants étaient les plus utilisés des quatre classes recommandées. Cependant, peu de coronariens avaient effectivement eu une délivrance de ces quatre classes : en 2001, 38 % des coronariens en avaient reçu au moins 3, et 45 % en 2003.

- La prise en charge du diabétique de type 2 coronarien reste donc à intensifier.

Tableau 3 : Déterminants de la délivrance de bêta-bloquants plus antiagrégants chez les diabétiques de type 2 coronariens, n=642 (recommandations 1999)

	Modèle 2		Modèle 1	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexe masculin	1,6	[1,0-2,3]	1,7	[1,1-2,6]
Complications microvasc.	0,6	[0,4-0,9]	0,5	[0,3-0,7]
Activité physique/mobilité	2,1	[1,2-3,5]	1,6	[1,1-2,9]
IDM/angor+revascularisation	2,5	[1,7-3,6]	2,2	[1,5-3,2]
Au moins 3 glycémies	-	-	0,5	[0,4-0,8]
Un fond d'œil en 2001	-	-	1,9	[1,1-3,4]
≥ 1 visite cardiologie	-	-	1,9	[1,2-2,8]
ALD 30	-	-	1,9	[1,0-3,4]

Chez le coronarien, en 2001, était recommandée l'association bêtabloquants + antiagrégants.

Les personnes ayant déjà eu un infarctus, un angor, ou une revascularisation étaient plus souvent traitées par les deux classes thérapeutiques recommandées, ainsi que celles ayant eu un fond d'œil, au moins une visite en cardiologie dans l'année, ou étant sous ALD 30.

Limites

- Aucune information concernant l'observance
- Qualité douteuse de la mesure de la pression artérielle : imprécision de la mesure, utilisation d'un brassard adapté ?
- Une même molécule peut correspondre à plusieurs indications (IEC, ARA, InCa)
- Biais de réponse : les délivrances de médicaments à visée cardiovasculaire, ne diffèrent pas chez les répondants de chez les non répondants.

Conclusions et perspectives

- 62 % des diabétiques ont une pression artérielle >130/80 mmHg, et les associations d'antihypertenseurs sont peu utilisées : une intensification de la prise en charge de l'HTA est donc nécessaire chez les diabétiques de type 2.
- Les hypolipémiants sont sous-utilisés jusqu'à 80 ans, et seulement 25 % des DT2 reçoivent une statine.
- La microalbuminurie est peu dosée, et donc peu reconnue en tant que facteur de risque. Trop peu de personnes à risque sont traitées par protecteur néphronique.
- La quadrithérapie recommandée chez le diabétique coronarien est à intensifier.
- Il existe d'importants écarts entre les pratiques 2001-2003 et les recommandations actuelles. Alors qu'un diabétique sur deux décède d'une maladie cardiovasculaire, il est donc nécessaire, afin de diminuer la fréquence et la gravité des complications cardiovasculaires, de valoriser les recommandations auprès des médecins généralistes, et de planifier leur application dans le coût de prise en charge des patients diabétiques de type 2.