

10 novembre 2009 / n° 42-43

## Numéro thématique - Les enquêtes Entred : des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maîtriser le diabète

### *Special issue - The ENTRED studies : epidemiological tools to better understand and evaluate diabetes*

- p.450 **Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007**  
*Characteristics, vascular risk and complications in people with diabetes, in metropolitan France: major improvements between ENTRED 2001 and ENTRED 2007 studies*
- p.455 **Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001**  
*Health care of persons with type 2 diabetes in France in 2007 and trends compared to 2001*
- p.460 **Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007**  
*Information and education needs of people with diabetes, educational practices of doctors, 2007 ENTRED Survey, France*
- p.464 **Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète : Études Entred 2001 et 2007**  
*Reimbursed health expenditures of people treated for diabetes by the French National Health Insurance Fund: 2001 and 2007 ENTRED Surveys*
- p.469 **Description de la mortalité et des causes de décès dans une cohorte d'adultes diabétiques, en France métropolitaine - Étude Entred 2001**  
*Mortality and causes of death among a cohort of diabetic adults in metropolitan France - the 2001 ENTRED Survey*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Anne Fagot-Campagna, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et pour le comité de rédaction du BEH : Sandrine Danet, Drees, Paris, France et Isabelle Grémy, ORS Île-de-France, Paris, France

## Éditorial

Pr Serge Halimi, Président de la SFD Société francophone du diabète (anciennement Alfediam), France

Longtemps la France a manqué de données sur les pratiques, les résultats et les coûts de santé, nous obligeant à extrapoler celles d'autres pays pour tenter d'évaluer notre propre situation. Dans le domaine du diabète, l'étude Entred a mis un terme à cette situation. Sa poursuite « Entred 2001-2007 » fait l'objet de ce numéro thématique du BEH et en témoigne. Elle constitue une mine d'informations qui aideront sans doute à mieux orienter notre politique de santé et l'organisation des soins, et à mieux faire appliquer les référentiels de bonnes pratiques, toutes actions dans lesquelles sont engagés des acteurs institutionnels comme les sociétés savantes. C'est pourquoi l'Alfediam (devenue aujourd'hui la SFD - Société francophone du diabète) a accompagné et soutenu très activement Entred.

Que retenir ? Commençons délibérément par les coûts : le diabète coûte cher, certes trois fois moins qu'aux États-Unis mais il représente maintenant 10% de nos dépenses de santé. Cela tient surtout, mais pas seulement, à trois causes principales : une prévalence croissante, plus de 38% en sept ans, aux complications graves et très coûteuses qui affectent certains patients, comme les complications cardiovasculaires et l'insuffisance rénale terminale, et aux hospitalisations.

Premier enseignement à retenir : les cas de diabète récemment découverts méritent une prise en charge initiale plus active (trop de patients ont un contrôle glycémique insuffisant, c'est-à-dire un taux d'HbA1c > 7%) et plus concertée. Il faut absolument que le parcours de soins recommandé par la Haute autorité de santé soit enfin suivi, faire cesser les pratiques trop individualistes des différents acteurs de santé concernés et des patients eux-mêmes, trouver le juste équilibre entre les omnipraticiens et les autres soignants. Les médecins généralistes ont très sensiblement progressé dans la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2, et ils en demeurent bien sûr le principal médecin. Ils devront demain renforcer plus vite et mieux, au meilleur coût, le contrôle de la glycémie et de la pression artérielle ; savoir prendre si nécessaire et plus précocement l'avis de spécialistes du diabète, du rein ou du cœur et savoir recourir à l'aide de soignants paramédicaux formés. Certes, nombre d'indicateurs sont très encourageants : certains des objectifs fixés par les recommandations sont plus souvent atteints qu'il y a huit ans, et bien mieux que dans nombre d'autres pays. On observe notamment une baisse encourageante du nombre d'hospitalisations conventionnelles, mais leur coût pèse encore

considérablement sur nos dépenses. L'hospitalisation restera nécessaire, mais il faut lui trouver si possible des alternatives grâce à une médecine mieux organisée, ou encore par le moyen des hospitalisations de jour, justement valorisées lorsqu'elles offrent des services « uniques » pour les diabétiques de type 1 d'abord (patients sous pompe) et pour certaines formes de diabètes multi-compliqués ou de nosologie ou traitement délicats. Certes, les actes dits « techniques » ne sont pas aussi nombreux ou spectaculaires que pour d'autres spécialités, mais la haute valeur ajoutée technique et humaine des métiers autour de ces patients est un garant de la qualité de leur prise en charge, en particulier éducative et, à terme, préventive. Cette technicité doit être clairement reconnue et valorisée.

Mais pour la grande masse des diabétiques de type 2, les acteurs de santé manquent de moyens pour prendre en charge de façon précoce et énergique un grand nombre des patients récemment diagnostiqués. Un outil clé est la mise en place d'une « véritable éducation thérapeutique », mais son développement tarde. Les buts d'une telle éducation sont de favoriser la motivation à changer certains comportements, à manger mieux, bouger plus, prévenir certaines complications, faire en sorte que très tôt le patient devienne acteur de sa maladie et davantage autonome. Pour s'en convaincre, il suffit de constater l'inertie du renforcement des traitements d'un côté et, de l'autre, les coûts considérables des soins ambulatoires à partir de la mise sous insuline du patient, et de la dépendance.

C'est donc notre organisation des soins qui doit être réfléchiée, repensée dans chaque territoire de santé, sur la base d'une réflexion, d'un partenariat entre tous les acteurs et les Agences régionales de santé. Il nous faut apporter des réponses adaptées aux besoins du territoire, partant des moyens existants, afin de mieux distribuer les rôles et assurer la « fluidité » et l'« efficacité » de ce qui est disponible : omnipraticiens, spécialistes, réseaux ville-hôpital. Identifier ensuite les « besoins non satisfaits » et proposer des solutions. L'offre éducative en est une. Qu'elle soit de groupe, individuelle, de proximité, adaptée aux différentes typologies de patients, elle doit être facile d'accès en tant que « prestation » à la disposition du plus grand nombre.

L'éducation du patient est certes aujourd'hui reconnue par la loi et souhaitée par la plupart des soignants, mais elle est presque inexistante et actuellement sans nomenclature. On apprend dans Entred que les patients et certains soignants n'y sont pas encore vraiment prêts. Un effort doit donc être engagé dans ce sens pour la faire connaître et y inciter, tout en respectant le principe d'un droit et non d'une obligation. La participation éducative de patients en tant que pairs est à favoriser.

Mais retenons surtout les excellentes nouvelles d'Entred 2001-2007 : les progrès sont là et les pistes à suivre bien indiquées pour ceux qui veulent s'y engager, pour que notre pays fasse mieux encore demain et ne soit pas contraint d'opérer des coupes drastiques dans ses dépenses. Le diabète est une maladie maîtrisable et que l'on devra aussi savoir prévenir. Il faut nous organiser, Entred nous y aide et nous y enjoint.

## Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007

Anne Fagot-Campagna (a.fagot@invs.sante.fr)<sup>1</sup>, Sandrine Fosse<sup>1</sup>, Candice Roudier<sup>1</sup>, Isabelle Romon<sup>1</sup>, Alfred Penfornis<sup>2</sup>, Pierre Lecomte<sup>3</sup>, Isabelle Bourdel-Marchasson<sup>4</sup>, Michèle Chantry<sup>5</sup>, Jean Deligne<sup>6</sup>, Cécile Fournier<sup>7</sup>, Nathalie Poutignat<sup>8</sup>, Alain Weill<sup>5</sup>, Alain Paumier<sup>6</sup>, Eveline Eschwège<sup>9</sup>, pour le Comité scientifique d'Entred\*

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Centre hospitalier universitaire (CHU), Besançon, France 3/ CHU Tours, France 4/ CHU Bordeaux, France  
5/ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France 6/ Régime social des indépendants, La Plaine Saint-Denis, France  
7/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France 8/ Haute autorité de santé, Saint-Denis, France 9/ Inserm U 780, Villejuif, France

\* Comité scientifique d'Entred 2007 : C Attali, C Avril, M Besnier, J Bloch, I Bourdel-Marchasson, M Chantry, B Detournay, E Eschwège, A Fagot-Campagna, S Fosse, A Fontbonne, C Fournier, A Gautier, S Halimi, P Lecomte, A Paumier, A Penfornis, N Poutignat, I Romon, C Roudier, A Rudnichi, D Simon, M Varroud-Vidal, P Vexiau, A Weill.

### Résumé / Abstract

**Introduction** - L'évolution du contrôle des facteurs de risque vasculaire et de la fréquence des complications chez les personnes diabétiques a été étudiée à partir des études Entred.

**Méthodes** - Pour Entred 2001 et 2007, 8 926 et 9 987 adultes diabétiques ont été sélectionnés en métropole. Ces personnes et leurs médecins ont été enquêtés par voie postale.

**Résultats** - L'âge moyen était stable (65 ans) et le diabète évoluait depuis 12 ans en moyenne. Un tabagisme était rapporté par plus du tiers des jeunes diabétiques. Dans le diabète de type 2, l'obésité avait progressé (41% ; +7 points), l'HbA1c moyenne était à 7,1% (-0,3%), la pression artérielle à 134/77 mmHg (-3/-2 mmHg) et le cholestérol-LDL à 1,06 g/l (-0,18 g/l). Angor ou infarctus du myocarde étaient rapportés par 16,7% (stable), revascularisation coronarienne par 13,9% (+5 points), perte de la vue d'un œil par 3,9% (stable) et traitement ophtalmologique par laser par 16,6% (+3 points).

### Characteristics, vascular risk and complications in people with diabetes, in metropolitan France: major improvements between ENTRED 2001 and ENTRED 2007 studies

**Introduction** - Trends in the vascular risk level and prevalence of complications have been monitored in adults with diabetes using the French ENTRED studies.

**Methods** - For ENTRED 2001 and 2007, 8,926 and 9,987 adults with diabetes were selected in metropolitan France. These persons and their medical providers were surveyed using a mailed questionnaire.

**Results** - Mean age was stable (65 years); diabetes was diagnosed since an average 12 years. Smoking was reported by more than one third of the youngest people with diabetes. In type 2 diabetes, obesity increased (41%; +7 points), mean HbA1c was 7.1% (-0.3%), blood pressure 134/77 mmHg (-3/-2 mmHg) and LDL-cholesterol 1.06 g/l (-0.18 g/l). Angina or myocardial