

Ce diaporama est issu d'une thèse et du diaporama de soutenance

L.Hakmoun

Département de Médecine Générale . Nancy

Remerciements à L.Hakmoun qui nous autorisés à nous en inspirer

Diabète de type 2 : Prise en charge des facteurs de risque vasculaires et objectifs thérapeutiques

résultats des deux tours d'un audit réalisé auprès de médecins généralistes lorrains.

Mlle HAKMOUN Laury

Le 5 octobre 2010

Un audit du GLAM

- Construit en raison de la recommandation de novembre 2006
- Et de l'étude ENTRED
- Validé par le Pr. B.Guerci (CHU Nancy)
- Une thèse soutenue le 5 oct. 2010

MATERIELS ET METHODES(1)

- Choix du sujet

- 2007: proposition par le GLAM d'un audit de pratique pour favoriser l'intégration des recommandations de l'AFSSAPS et de la HAS concernant le traitement du diabète de type 2 à la pratique.

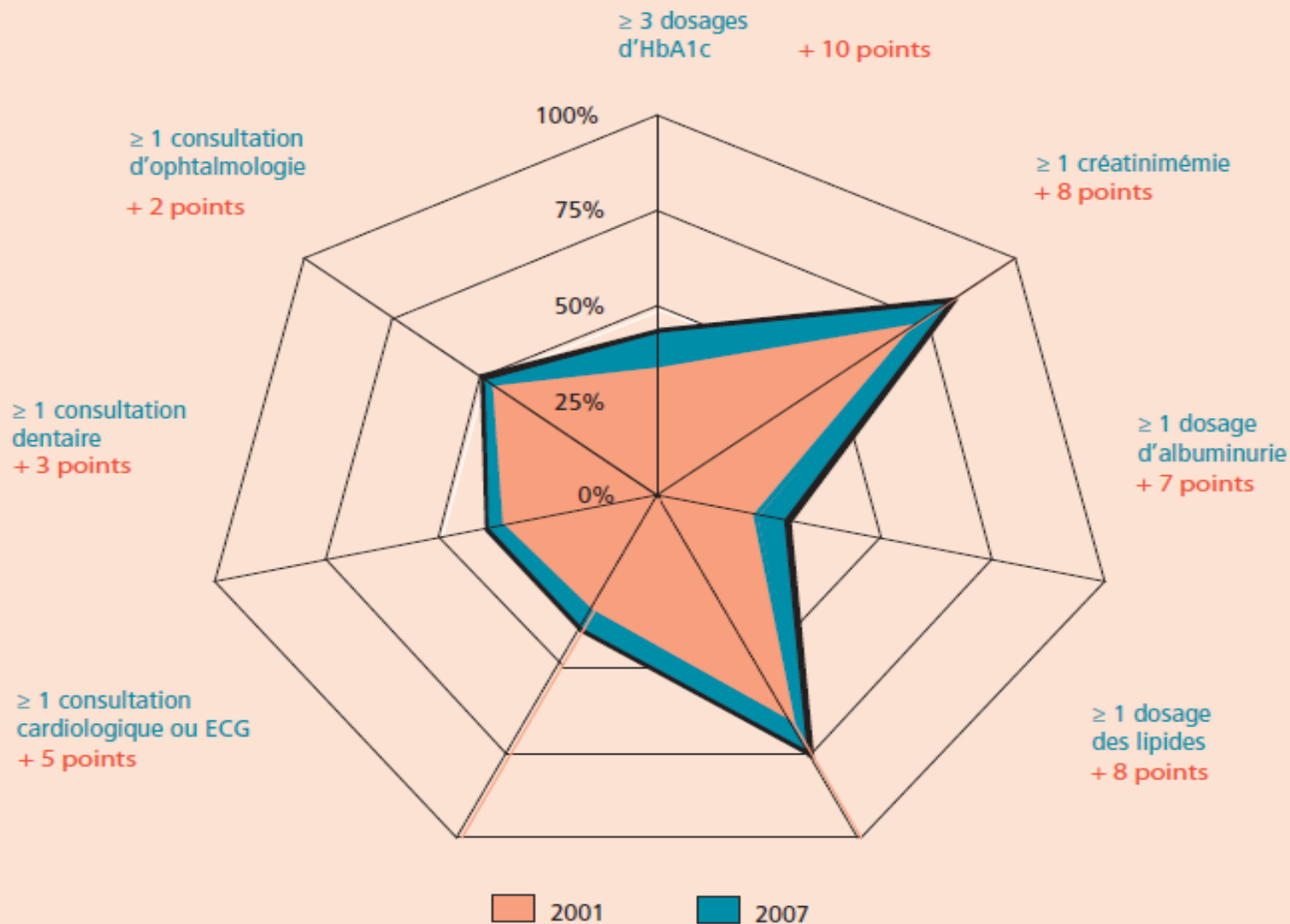
- Critères d'inclusion et de non inclusion, mode d'inclusion

- L'audit est rétrospectif .
- Sont inclus les patients suivis par le praticien, dont les traitements antidiabétiques et antihypertenseurs sont stables depuis au moins 6 mois.
- Les patients sous insulinothérapie sont exclus de l'étude.

- Choix des critères:

- texte de recommandations et ENTRED

Figure 1 Évolution de la proportion de patients diabétiques de type 2 du régime général métropolitain bénéficiant des actes recommandés entre 2001 et 2007 (actes réalisés en secteur libéral seulement) : ENTRED 2001 (n = 3 324) et ENTRED 2007 (n = 3 377), France / **Figure 1** Trends in the proportion of patients with type 2 diabetes from the French National Health Insurance Fund benefiting from recommended follow-up care between 2001 and 2007 (follow-up care from the liberal sector only): ENTRED 2001 (n = 3,324) and ENTRED 2007 (n = 3,377), France



La grille



GRUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A Place du Marché - 57220 Boulay - 03 87 57 33 66
S'évaluer pour évoluer
http://www.glam-sante.org

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEC - EPP, organisme agréé par la HAS

Définition du patient diabétique à haut risque vasculaire

1/ Prévention secondaires (angor, revascularisation, IDM, accident vasculaire ischémique, artériopathie périphérique stade 1 ou supérieur) ou
2/ Affectio rénale : protéinurie > 300 mg/24 h après diétose de la créatinine < 60 ml/min ou
3/ Diabète évoluant depuis plus de 10 ans et au moins deux des facteurs suivants :

- Age : homme de 50 ans ou + , femme de 60 ans ou +
- ATCD familiaux d'IDM ou de mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin et 65 ans chez le mère ou une autre patiente du 1er degré de sexe féminin,
- ATCD familiaux d'AVC coronariés avant 45 ans
- Tabagisme actuel ou passé depuis moins de trois ans
- HTA permanente traitée ou non
- HDL cholestérol < 0,4g/l (soit sans un facteur de risque si HDL > 0,6)
- LDL cholestérol > 1,9g/l
- Microalbuminurie > 30 mg/24 h

Diabète de type II : Prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques

Médecins concernés : généralistes et diabétologues

- Qui inclure ?**
- Les patients diabétiques de type 2 suivis par vous-même
 - Les patients vus au minimum trois fois en consultation au cours des 12 derniers mois
 - Les patients dont le Tt antidiabétique et antihypertenseur est stable depuis au moins 6 mois
 - Sont exclus les patients sous insulinothérapie
- Comment inclure ?**
- Inclure les vingt prochains patients qui consultent, répondant aux critères d'inclusion

Code médecin :		Code médecin :		Date de début de recueil :		Audit Diabète											
Partie à conserver				Partie à adresser à : GLAM - 6 quai Paul Wittzer - 57000 Metz													
N°	Nom et Prénom	N°	Age	Le patient est à haut risque vasculaire (cf. encadré)			Nature du traitement anti diabétique suivi			Suivi				Aspirine			Commentaires
				OUI	NON	MONO THERAPIE	BITHERAPIE	TRITHERAPIE	TA Moyenne des 2 de mières valeurs	HbA1C Dernière valeur	LDL - chol Dernière valeur (g/l)	Suivi Délai depuis le dernier dosage (mois)	OUI	NON	Néant		
																Moyenne des 2 de mières valeurs	
Ex	DUPONT François	Ex	65	x				x	138/83	7,8	3	1,32	5		x	AVK	AcFA
Ex	DUPOND Emigouze	Ex	48		x		x		142/85	6,6	2	1,65	10		x	Plavix	Intolérance aspirine
Ex	DURAND Michel	Ex	54	x			x		150/80	6,3	2	1,4	6	x			trithérapie antiHTA
1			1														
2			2														
3			3														
4			4														
5			5														
6			6														
7			7														
8			8														
9			9														
10			10														
11			11														
12			12														
13			13														
14			14														
15			15														
16			16														
17			17														
18			18														
19			19														
20			20														

MATERIELS ET METHODES(2)

Objectifs attribués à chaque critère

Pour chaque critère, des objectifs ont été définis de manière consensuelle lors des réunions du GLAM ,avant d'avoir connaissance des résultats du premier tour.

Ces objectifs correspondent à ce que le groupe considère comme une pratique médicale satisfaisante.

- HbA1C<4mois : 100%
- EAL<1an : 100%
- TA<130/80mmHg: 80%
- LDL-chol <1g/dl chez patient à haut risque CV : 80%
- Objectif HbA1C atteint : 80%
- Aspirine ou autre AT chez patient à haut risque CV : 90%

MATERIELS ET METHODES(3)

- Présentation et diffusion de l'audit : 1^{er} tour
 - Grille et argumentaire adressés à 2303 MG lorrains.(06/08)
 - Période de recueil prévue : 6 mois, mais rallongée après relance en raison du faible taux de participation initial.

- Restitution des résultats du 1er tour
 - Résultats envoyés à partir de juillet 2009.
 - présentés sous forme d'un tableau comprenant d'une part les résultats de l'ensemble des participants et d'autre part les résultats individuels de chaque participant.
 - Tableau accompagné d'une synthèse rédigée mettant en avant les points principaux ressortant de l'analyse des résultats du premier tour, et des pistes d'amélioration.

MATERIELS ET METHODES(4)

Présentation et diffusion de l'audit : 2nd tour

- Octobre 2009 : envoi invitation au second tour + grille d'audit(inchangée) aux médecins ayant participé au premier tour.
- Relance par mail en mars 2010(secrétariat du GLAM) et téléphonique en mai 2010(responsable de l'exploitation des grilles).

RESULTATS(1) : comparaison du 1^{er} et du 2nd tour.

Pour comparer les résultats des médecins entre le 1^{er} et le 2^{ème} tour, nous nous sommes intéressés uniquement aux 29 médecins ayant participé aux deux tours.

- Nombre de patients inclus

500 patients inclus au premier tour, 480 au second tour.

- Age

La moyenne d'âge des patients inclus est de 67 ans au premier tour et au second tour.

- Risque cardiovasculaire

64 % des patients inclus au premier tour sont à haut risque cardiovasculaire, contre 58 % au second tour.(NS)

Résultats(2) : Analyse des résultats par patients

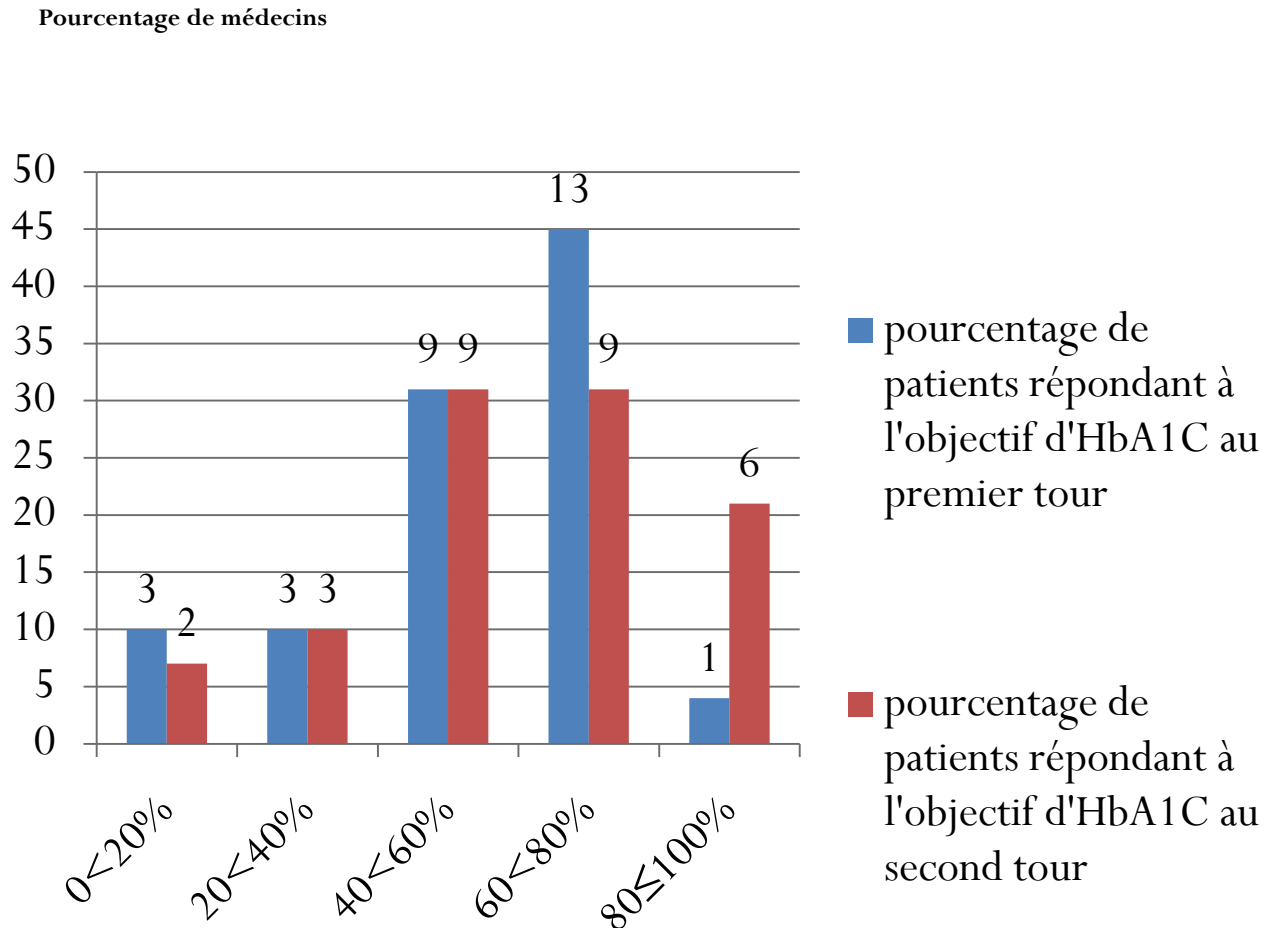
	Equilibre HbA1C	Délai HbA1C	Objectif TA (130/80)	Equilibre LDL	Délai LDL	Aspirine ou autre AT si HRCV
1 ^{er} tour	54%	83%	49%	53%	90%	71%
2 nd tour	64%	85%	54%	60%	90%	80%

RESULTATS(3)

Analyse des résultats par médecin : équilibre HbA1C

Répartition des médecins en fonction du pourcentage de patients répondant à l'objectif d'HbA1C

Par exemple, 1 médecin(4%) ayant participé au premier tour a plus de 80% de ses patients équilibrés du point de vue de l'HbA1C contre 6(16%) au second tour.(S)



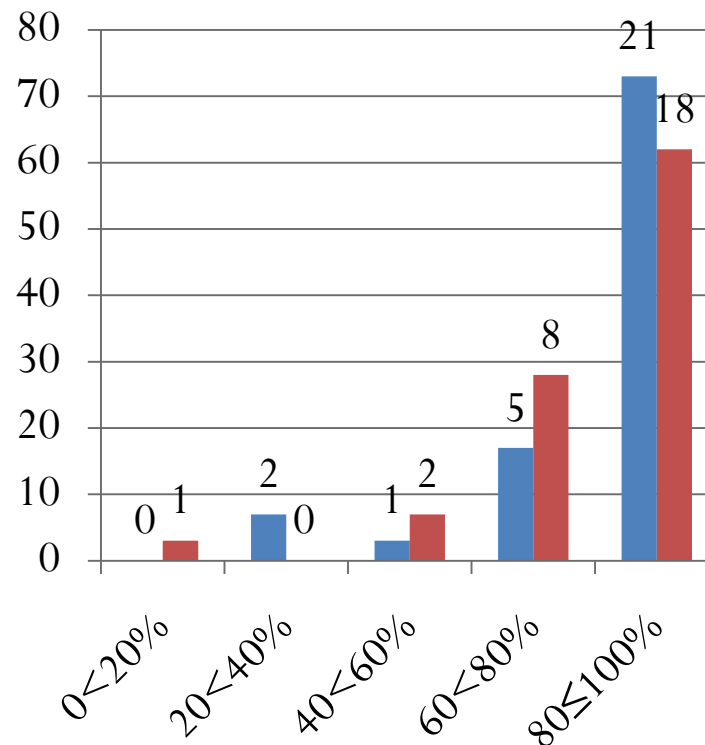
RESULTATS(4)

Analyse des résultats par médecin : délai HbA1C

Répartition des médecins en fonction du pourcentage de leurs patients ayant un dosage d'HbA1C datant de 4 mois ou moins.

Par exemple, 21 médecins (72%) ont plus de 80% de leurs patients ayant dans leur dossier une HbA1C datant de 4 mois ou moins au premier tour contre 18 (61%) au second tour.(NS)

Pourcentage de médecins



- Pourcentage de patients ayant un dosage d'HbA1C datant de 4 mois ou moins au premier tour
- Pourcentage de patients ayant un dosage d'HbA1C datant de 4 mois ou moins au second tour

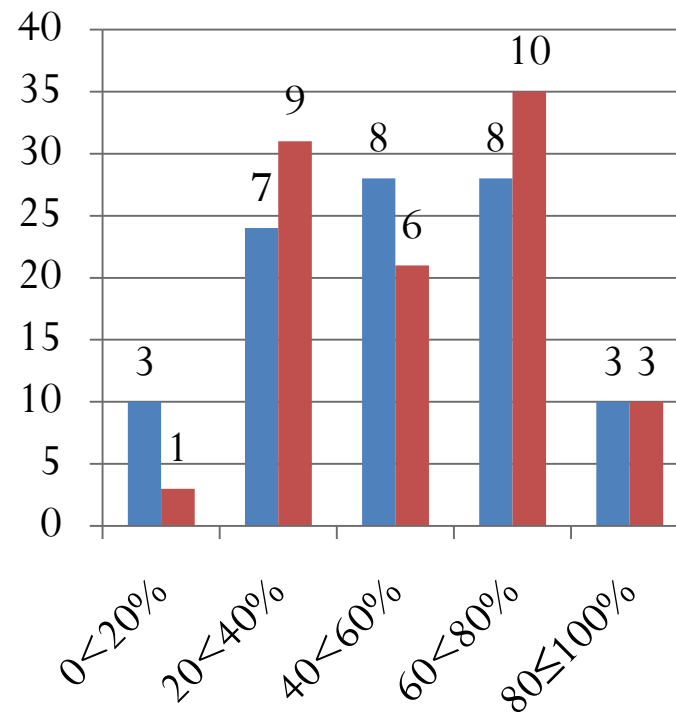
RESULTATS(5)

Analyse des résultats par médecin : équilibre tensionnel

Répartition des médecins en fonction du pourcentage de leurs patients répondant à l'objectif tensionnel

Par exemple, 3 médecins (10%) ont plus de 80% de leurs patients répondant à l'objectif tensionnel au premier tour et au second tour.

Pourcentage de médecins



■ Pourcentage de patients répondant à l'objectif tensionnel au premier tour

■ Pourcentage de patients répondant à l'objectif tensionnel au second tour

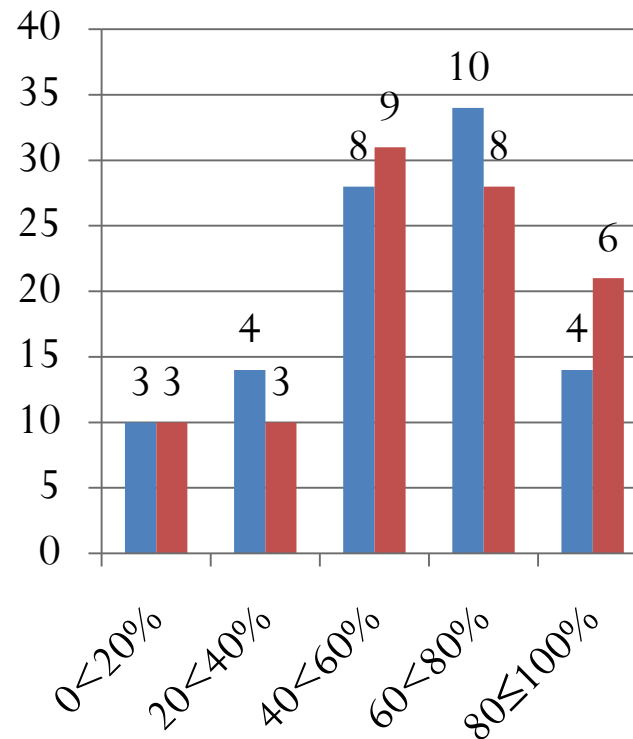
RESULTATS(6)

Analyse des résultats par médecin : objectif LDL-cho

Répartition des médecins en fonction du pourcentage de leurs patients à haut risque cardiovasculaire répondant à l'objectif de ldl-cho.

Par exemple, 4 médecins (14%) ont plus de 80% de leurs patients diabétiques à HRCV répondant à l'objectif de LDL au 1^{er} tour contre 6 (21%) au 2nd tour.(NS)

Pourcentage de médecins



■ Pourcentage de patients répondant à l'objectif de LDL-cho au premier tour

■ Pourcentage de patients répondant à l'objectif de LDL-cho au second tour

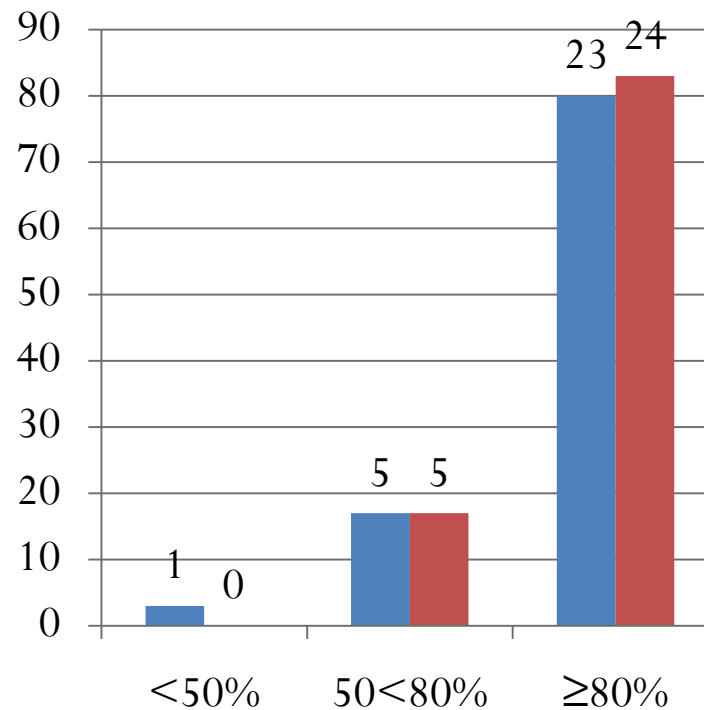
RESULTATS(7)

Analyse des résultats par médecin: délai LDL-cho

Répartition des médecins en fonction du pourcentage de leurs patients dont le dernier dosage de ldl-cho date de 1 an ou moins.

Par exemple, 23 médecins au premier tour (80%) ont plus de 80% de leur patient ayant un ldl cholestérol datant d'un an ou moins, contre 24 (83%) au second tour.(NS)

Pourcentage de médecins



■ Pourcentage de patients dont le dernier dosage de ldl-cho date de 1 an ou moins, au premier tour

■ pourcentage de patients dont le dernier dosage de ldl-cho date de 1 an ou moins, au second tour

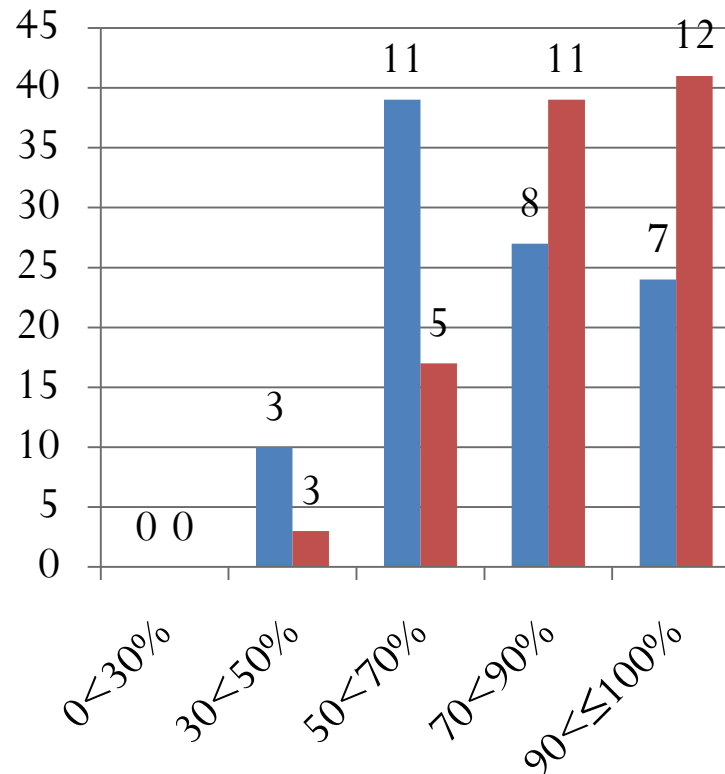
RESULTATS(8)

Analyse des résultats par médecin : prescription d'aspirine ou autre AT

Répartition des médecins en fonction du pourcentage de leurs patients à haut risque cardiovasculaire recevant un traitement par aspirine ou autre AT.

Par exemple ,7 médecins (24%) ont 90% ou plus de leurs patients inclus sous aspirine ou autre AT au premier tour et 12 médecins (41%) au second tour.(S)

Pourcentage de médecins



■ Pourcentage de patients à haut risque cardiovasculaire recevant un traitement par aspirine ou alternative, au premier tour

■ Pourcentage de patients à haut risque cardiovasculaire recevant un traitement par aspirine ou alternative, au second tour

DISCUSSION(1)

Limites de l'étude

- Ancienneté du texte de recommandations
- La participation
 - Taux de réponse au premier tour : 2.4% (contexte EPP, absence indemnisation)
 - Taux de réponse au second tour : 54% (supérieur audits antérieurs, relance téléphonique)
- Délai entre le premier et le second tour

Peut être trop court pour mesurer l'impact des recommandations faites après le 1^{er} tour.

DISCUSSION(2)

Limites de l'étude

- caractéristiques des médecins participants
 - Audit réservé aux médecins généralistes lorrains.
 - Les médecins participants à un audit sont attachés à l'amélioration de leur pratique. Médecins participants plus performants?
- Les objectifs définis par le GLAM : peut être trop ambitieux (objectifs TA et HbA1C)
- La grille d'audit: limitation nombre critères , microalbuminurie (recherchée chez 28% des diabétiques, ENTRED 2007) et tabagisme

DISCUSSION(3)

Revue des critères: Analyse des résultats par patient

	Equilibre HbA1C	Délai HbA1C	Objectif TA (130/80)	Equilibre LDL	Délai LDL	Aspirine ou autre AT si HRCV
1 ^{er} Tour	54%	83%	49%	53%	90%	71%
2 nd Tour	64%	85%	54%	60%	90%	80%
Significativité (ki ²)	S	NS	NS	S	NS	S

CONCLUSION(1)

- **Faible participation** des médecins au premier tour
- Les résultats du premier tour:
 - confirment données nationales (Moyenne d'âge , type ttmt)
 - mettent en avant **un suivi de qualité** (chiffres supérieurs aux chiffres nationaux)
- Impact des recommandation après le premier tour, peut être minimisées par:
 - délai trop court entre les deux tours.
 - des résultats déjà très satisfaisants au premier tour.

CONCLUSION (2)

- **de nombreux critères importants n'ont pu être intégrés à la grille afin de ne pas compromettre faisabilité**
- La réalisation d'un troisième tour, intégrant les nouvelles données concernant la prise en charge du diabète de type 2 semble donc justifié.

Après l'audit

- Une demande à l'OGC DPC en cours pour relancer l'audit
- L'analyse à la lumière des travaux postérieurs à la reco de nov 2006
 - La révision de l'objectif en terme Hb Glyc
 - Le retrait de l'AMM de la rosiglitazone
 - Le BEH 42/43 du 9 nov. 2010
 - La légitimation de l'audit par l'augmentation du taux de diabétiques traités en 2009
 - En France : 4.4 % (2.6% en 2000) dont 19.7% chez les hommes de 75 à 79 ans
 - En lorraine : 4.9 %

Et des données nouvelles une prise en charge à adapter

■ L'essai Accord

[*Rev Prescrire* 2008; 28 (294) : 285]

- Randomisé, non aveugle
- 10 000 patients
- Comparaison de 2 valeurs cible : <6% versus 7 à 7.9%
- Interrompu en 2008 : surmortalité dans le groupe traitement intensif

■ L'essai Advance

[*Rev Prescrire* 2008; 28 (2949) : 693]

- 11 000 patients, randomisé, suivi 5 ans
- Pas de réduction de la morbidité avec le groupe intensif

■ Et l'essai VADT

[*Rev Médecine* 2009; 5 (3) : 103]

- Un essai randomisé chez 1791 diabétiques
- Groupe traité intensif (HbGlyc 6.9) versus tt standard ((HbGlyc 8.5) :
 - pas de différence significative...
 - sauf effets secondaires et hypoglycémies...

■ Et la métaanalyse de JP.Boissel (médecine dec 09)

■ Et les conclusions de Prescrire : (IDF octobre 2010) viser une Hb Glyc autour de 7%

■ Et la reco AFSSAPS/HAS ancienne (2006) et très critiquée...

Le BEH nov. 09 et l'audit

- Bithérapie : 57 % au second tour
- 54% des patients équilibrés
- Statines : 51.6
- Anti agrégants plaquettaires : 35.4
- L'inertie thérapeutique : *Parmi les 3 118 patients nécessitant une intensification de traitement, 39% en ont bénéficié dans les 6 mois après un deuxième dosage d'HbA1c déséquilibré (59% à 12 mois).*