

## Une analyse basée sur les critères de la SSED

# Un programme de disease management améliore-t-il la prise en charge de premier recours du diabète?

Maria Carlander<sup>a</sup>, Adrian Rohrbasser<sup>b,c</sup>, Brigitte Wirth<sup>a</sup>, Christian Frei<sup>d</sup>, Birgitta Rhomberg<sup>d</sup>, Cornelia Caviglia<sup>b</sup>, Maria Trottmann<sup>d</sup>, Klaus Eichler<sup>a</sup>, Marc Höglinger<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz; <sup>b</sup> Medbase-Gruppe, Winterthur, Schweiz; <sup>c</sup> Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; <sup>d</sup> SWICA Gesundheitsorganisation, Winterthur, Schweiz

## Introduction

Le diabète sucré est un problème de santé publique majeur. En Suisse également, environ 5% des adultes souffrent de diabète sucré de type 1 ou 2 [1–4]. Afin d'améliorer la qualité du traitement du diabète, il est recommandé de mettre en place des programmes de traitement structurés et basés sur l'évidence, appelés «programmes de disease management» (PDM) [2, 5, 6]. Divers PDM pour le diabète sucré ont déjà été évalués au niveau international. Il est toutefois difficile de tirer une conclusion claire sur l'efficacité de ces programmes, car les résultats dépendent de la qualité et de la méthodologie des études et les différences de contenu des programmes rendent la comparaison difficile [7–10]. Certaines études ont cependant montré que les PDM ont une influence positive sur la mortalité [10, 11], sur des paramètres cliniques tels que l'HbA1c, le cholestérol LDL et la pression artérielle [12], ainsi que sur la qualité de vie [13] des patientes et patients diabétiques. L'étude suisse CARAT a montré que la mise en œuvre d'un PDM pour le traitement du diabète est possible même dans les petits cabinets de médecine de famille suisses [14]. A notre connaissance, il n'existe qu'une seule évaluation de PDM qui a analysé la qualité du traitement dans la médecine de premier recours sur la base des critères pour une bonne prise en charge de la maladie de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) [15].

Sur les sites du groupe Medbase, un fournisseur de centres de soins de santé dans le domaine de la médecine de premier recours, différents professionnels de la santé travaillent ensemble sous un même toit, ce qui constitue une opportunité précieuse pour la prise en charge des patientes et patients. En 2017, Medbase a

commencé à introduire progressivement un concept de prise en charge interprofessionnelle, centrée sur le patient et basée sur l'évidence (PDM) pour le traitement du diabète, à l'améliorer en permanence et à l'étendre à d'autres centres. L'élément central de ce PDM est la prise en charge continue par la ou le médecin de famille, qui élabore un plan de traitement individuel avec le patient ou la patiente, en collaboration avec une assistante médicale spécialement formée, et convient d'objectifs thérapeutiques communs. Si nécessaire, il est fait appel à du personnel thérapeutique (physiothérapeute, diététicienne/diététicien). Les processus et les résultats thérapeutiques sont documentés de manière structurée, ce qui permet aux professionnels de la santé d'analyser la qualité du traitement au niveau du patient et du cabinet, d'élaborer des améliorations des processus dans le cadre de cercles de qualité et de les mettre en œuvre.

L'objectif de la présente étude était d'accompagner le processus d'introduction et d'évaluer l'effet du PDM sur la qualité du traitement de tous les diabétiques dans sept cabinets de médecine de premier recours suisses. L'étude, qui se concentre sur l'introduction et sur la qualité du traitement, fait partie d'un projet de recherche plus vaste visant à évaluer l'économicité et l'efficacité de ce PDM [16].

## Méthodologie

### Plan de l'étude

Nous avons analysé des données de routine sur la qualité du traitement des diabétiques au niveau des cabinets médicaux avant et après l'introduction du PDM étudié dans sept cabinets Medbase au cours de l'année

de référence (2017) et des trois années suivantes (2018–2020) au moyen d'une comparaison avant/après sans groupe contrôle. Nous avons également évalué la qualité de vie (EQ-5D-5L) [17] d'un sous-échantillon au moyen d'une enquête écrite avant et après l'introduction du PDM. La commission d'éthique du canton de Zurich a délivré un certificat de conformité (Req-2017-00416).

### Population

Tous les patients et patientes diabétiques des cabinets participants ont été inclus dans l'analyse. Il n'y avait aucun motif d'exclusion (comme par ex. la connaissance de la langue du pays, les comorbidités). Les patients et patientes qui n'avaient pas assisté à (tous) leurs rendez-vous de traitement et consultations ont également été inclus.

### Critères d'évaluation

La SSED recommande huit critères de mesure pour une «bonne prise en charge du diabète en médecine de premier recours» [18]. Ils se composent de paramètres processuels (par ex. trois contrôles annuels du diabète) et de paramètres de substitution (par ex. taux d'HbA1c <7%). Ces critères de la SSED se basent sur le «Diabetes Recognition Program» du National Committee for Quality Assurance américain et de l'American Diabetes Association et ont été adaptés pour la Suisse [18]. Pour chaque critère, la SSED a défini une valeur cible, à savoir la proportion de la population de patients qui devrait remplir le critère. Cela permet de calculer le score SSED, un indicateur de la qualité du traitement du diabète dans un cabinet médical, avec une fourchette allant de 0 à 100: si un cabinet atteint la valeur cible, il obtient un certain nombre de points (de 5 à 25, selon le critère); la somme de tous les critères donne le score SSED du cabinet. Selon la SSED, on peut parler d'une bonne prise en charge de la maladie lorsque le score SSED est d'au moins 70 points sur 100. A la demande des professionnels de la santé impliqués, Medbase recueille depuis 2019, en complément des différents cri-

ères de la SSED, des détails supplémentaires qui montrent l'expression effective de chaque critère de la SSED. Nous les appellerons ci-après «indicateurs supplémentaires». Ainsi, on ne se contente pas de saisir si un patient ou une patiente a effectué les trois contrôles annuels exigés par la SSED, mais on documente également si au moins un ou deux contrôles ont été effectués, voire aucun.

La qualité de vie d'un sous-échantillon de personnes diabétiques a été mesurée lors de l'introduction du PDM (2018) et un an après (2019) à l'aide de l'instrument EQ-5D-5L [17]. L'EQ-5D-5L évalue les cinq dimensions suivantes:

- Mobilité;
- Autonomie;
- Activités courantes;
- Douleurs et troubles physiques;
- Anxiété/dépression [19].

Ces données permettent de déterminer la «valeur d'utilité» de l'état de santé allant de «0» (décès) à «1» (meilleure qualité de vie). A cet effet, nous avons utilisé un set de valeurs actuel pour l'Allemagne, car il n'en existe pas pour la Suisse [19]. Des assistantes médicales ont distribué les questionnaires dans les centres médicaux participants jusqu'à ce que le nombre minimum de 20 participants par cabinet, fixé a priori, soit atteint. Au total, nous avons reçu 148 (2018) et 109 questionnaires (2019). Les réponses de 80 personnes sont disponibles pour les deux années et ont pu être utilisées pour l'analyse avant/après.

### Analyse des données

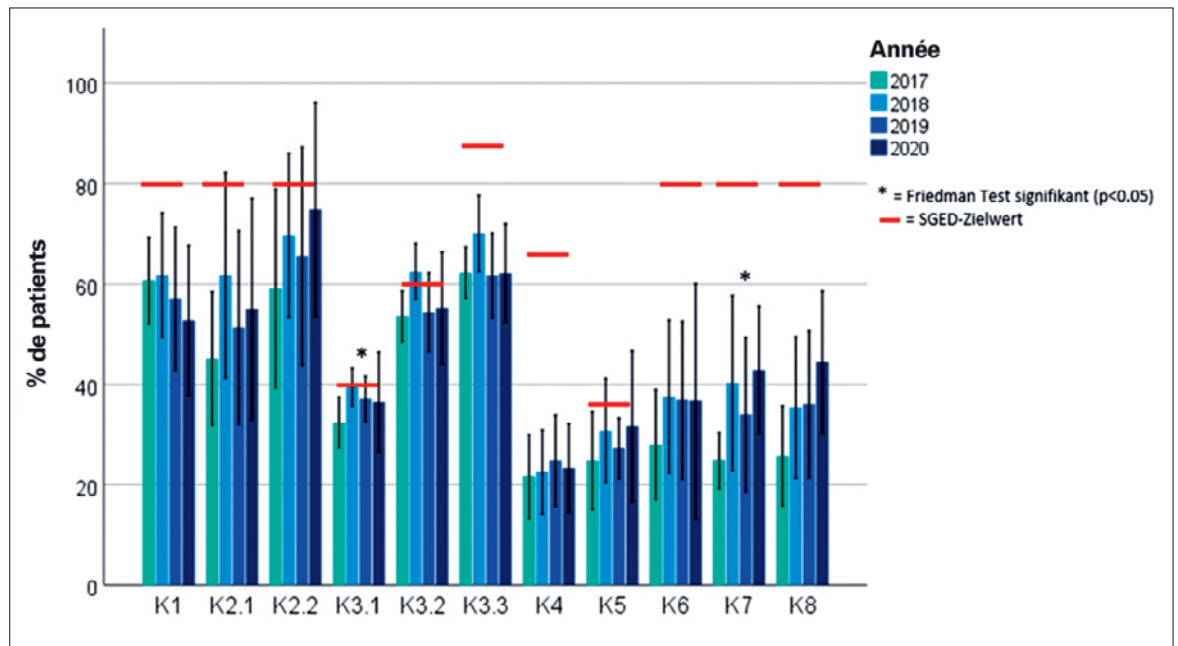
Nous avons analysé le changement au niveau de la proportion moyenne de patientes et de patients avec une amélioration des critères SSED au sein des sept cabinets médicaux sur les années 2017, 2018, 2019 et 2020 à l'aide du test de Friedman et post-hoc avec le test de Wilcoxon. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel de statistiques SPSS (niveau de signification  $\alpha = 0,05$ ; correction de Bonferroni pour tests multiples pour les tests post-hoc: niveau de signification  $\alpha = 0,05/3 = 0,017$ ). Nous avons analysé le changement de la valeur d'utilité EQ-5D entre 2018 et 2019 à l'aide d'un test t apparié.

### Résultats

Le nombre de patientes et patients diabétiques dans les cabinets Medbase a d'une manière générale augmenté au fil des ans. En 2018, il y a toutefois eu une réduction inexplicée du nombre de patientes et patients inclus (tab. 1).

**Tableau 1:** Nombre de patientes et patients diabétiques dans les cabinets participants.

	2017	2018	2019	2020
Cabinet 1	156	116	254	271
Cabinet 2	60	59	81	81
Cabinet 3	172	179	225	230
Cabinet 4	160	113	232	254
Cabinet 5	122	142	144	162
Cabinet 6	210	176	318	333
Cabinet 7	198	153	270	263
<b>Total</b>	<b>1078</b>	<b>938</b>	<b>1524</b>	<b>1594</b>



**Figure 1:** Valeurs moyennes des critères de la SSED des cabinets participants pour la période 2017–2020 (en pourcentage de patientes et patients répondant au critère). Barres d'erreur 95%.

### Critères de la SSED

Entre 2017 et 2020, les valeurs moyennes de tous les critères de la SSED se sont améliorées, à l'exception des «contrôles réguliers» (C1;  $-7,9\%$  points) et de l'HbA1c inférieure à  $9\%$  (C3.3;  $-0,1\%$  point) (figure 1 et tableau 2). Les améliorations constatées ne sont pour la plupart certes pas significatives d'un point de vue statistique (test de Friedman statistiquement significatif pour C3.1

( $p = 0,013$ ) et C7 ( $p = 0,027$ ), tests post-hoc de Wilcoxon statistiquement non significatifs), mais elles sont en partie tout de même d'une ampleur pertinente.

### Score SSED

Le score SSED moyen des cabinets montre une évolution positive et s'élevait à 2,6 (fourchette de 0 à 13) en 2017, 12,4 (fourchette de 0 à 23) en 2018, 7,3 (fourchette

**Tableau 2:** Valeurs moyennes des critères de la SSED des cabinets participants pour la période 2017–2020 (en pourcentage de patientes et patients répondant au critère.)

	Valeur moyenne (% de patientes et patients)				
	Valeur cible	2017	2018	2019	2020
C1: Contrôles réguliers (au moins 3 par an)	$\geq 80\%$	60,7	61,8	57,2	52,8
<i>Mesures relatives au style de vie (au moins 1 par an)</i>					
C2.1: Consultation poids et activité physique ou IMC $< 25^a$	$\geq 80\%$	45,1	61,8	51,3	55,1
C2.2: Traitement ou consultation pour le sevrage tabagique ou non-fumeurs	$\geq 80\%$	59,1	69,7	65,6	74,9
<i>Moyenne annuelle de l'HbA1c (au moins 2 mesures par an)</i>					
C3.1: HbA1c inférieure à $7\%$	$\geq 40\%$	32,4	39,5	37,1	36,5
C3.2: HbA1c inférieure à $8\%$	$\geq 60\%$	53,5	62,5	54,4	55,3
C3.3: HbA1c inférieure à $9\%$	$\geq 85\%$	62,3	70,1	61,7	62,2
C4: Mesure de la pression artérielle (au moins 2 par an). Moyenne annuelle inférieure à 140/90 mm Hg	$\geq 65\%$	21,7	22,6	24,8	23,4
C5: Mesure du cholestérol LDL (au moins 1 par an pour les personnes âgées de $< 75$ ans). Moyenne annuelle inférieure à 2,6 mmol/l	$\geq 36\%$	24,7	30,8	27,3	31,6
C6: Statut de la néphropathie (au moins 1 par an). Détermination de la créatinine sérique et de la microalbuminurie	$\geq 80\%$	28,0	37,6	36,9	36,7
C7: Examen oculaire. Au moins une fois tous les 2 ans	$\geq 80\%$	24,8	40,3	34,0	42,9
C8: Examen des pieds (au moins 1 par an). Pouls et monofilament/sens vibratoire	$\geq 80\%$	25,7	35,4	36,1	44,4

<sup>a</sup> Pour les patientes et patients dont l'IMC est  $< 25 \text{ kg/m}^2$ , un simple conseil sur l'activité physique dans le cadre des entretiens réguliers en lien avec le diabète (Critère 1) est considéré comme répondant au Critère 2.

**Tableau 3:** Valeurs moyennes des indicateurs supplémentaires des cabinets participants en 2019 et 2020.

	Valeur moyenne (% de patientes et patients)	
	2019	2020
<b>C1: Contrôles réguliers (au moins 3 par an)</b>		
avec valeur collectée	90,1	89,3
sans contrôle annuel	12,2	13,4
avec 1 contrôle annuel	13,9	15,1
avec 2 contrôles annuels	16,7	18,7
<b>C2.1: Mesures relatives au style de vie – consultation poids et activité physique (si IMC &lt;25)</b>		
avec valeur collectée (IMC, consultation)	61,2	68,2
avec IMC ≥25	50,3	56,0
avec consultation sur le poids et l'activité physique	76,3	73,7
<b>C2.2: Mesures relatives au style de vie – traitement ou consultation pour le sevrage tabagique (chez les fumeurs)</b>		
avec valeur collectée (tabagisme, consultation pour le sevrage tabagique)	73,5	81,5
fumeurs	15,2	18,2
fumeurs avec consultation pour le sevrage tabagique	45,5	58,2
<b>C3: Mesure de l'HbA1c (au moins 2 par an)</b>		
avec valeur collectée	87,6	87,8
sans mesure de l'HbA1c au cours de la dernière année	12,4	12,2
avec une mesure de l'HbA1c au cours de la dernière année	21,0	21,0
avec deux mesures de l'HbA1c au cours de la dernière année, mais une valeur d'HbA1c supérieure à 9%	23,1	24,0
<b>C4: Mesure de la pression artérielle (au moins 2 par an) – moyenne annuelle inférieure à 140/90 mm Hg</b>		
avec valeur collectée	74,1	77,6
sans mesure de la pression artérielle au cours de la dernière année	26,1	22,4
avec une mesure de la pression artérielle au cours de la dernière année	24,8	23,8
avec deux mesures de la pression artérielle au cours de la dernière année et une moyenne supérieure à 140/90 mm Hg	20,7	20,6
<b>C5: Mesure du cholestérol LDL (au moins 1 par an, âge &lt;75 ans)</b>		
avec valeur collectée	62,2	62,5
sans mesure du LDL au cours de la dernière année	37,8	37,4
<b>C6: Statut de la néphropathie (au moins 1 par an)</b>		
avec valeur collectée	n.a.	n.a.
sans mesure de la créatinine sérique et sans mesure de la microalbuminurie	21,0	20,4
avec mesure de la créatinine sérique uniquement	77,0	77,2
avec mesure de la microalbuminurie uniquement	2,1	2,2
avec un dépistage annuel de la créatinine sérique et de la microalbuminurie ou avec traitement par inhibiteur de l'ECA et contrôle régulier de la créatinine sérique <sup>1</sup>	68,5	70,8

<sup>1</sup> Les patientes et patients qui présentent une microalbuminurie sont traités par des inhibiteurs de l'ECA et n'ont donc pas besoin d'une autre évaluation (régulière) de la microalbuminurie.

de 0 à 28) en 2019 et 8,3 (fourchette de 0 à 33) en 2020. L'hétérogénéité entre les cabinets est très élevée et chaque année, il y a des cabinets qui n'obtiennent aucun point.

### Indicateurs supplémentaires

Les sept sites disposent, grâce aux indicateurs supplémentaires, d'un reflet du traitement qui couvre mieux les besoins d'information des professionnels de la santé pour améliorer la qualité de la prise en charge. Au moyen des indicateurs supplémentaires, il est possible d'identifier les patients qui n'ont pas eu de contrôles ou pour lesquels le statut tabagique, l'IMC, la pression artérielle ou certains paramètres de laboratoire n'ont pas été évalués. Ainsi, il apparaît par exemple (tab. 2) qu'en 2020, seuls 53% des patientes et patients ont eu les trois contrôles annuels exigés par la SSED. Toutefois, grâce aux indicateurs supplémentaires (tab. 3), il ressort que 34% ont tout de même effectué un ou deux contrôles – une information cliniquement importante qui n'aurait pas été détectée avec les seuls critères de la SSED. A l'échelle de la patiente ou du patient, il est alors possible de décider s'il y a effectivement eu un manque de soins ou si davantage de contrôles ou la mesure de certaines valeurs ne sont pas indiqués pour le moment dans le contexte actuel (par ex. patientes et patients dont le diabète est très bien contrôlé). Grâce aux indicateurs supplémentaires, il devient également évident que la qualité des mesures pour certains critères est parfois mauvaise et que les valeurs correspondantes n'ont pas été recueillies pour de nombreux patients et patientes. Il n'y a pas eu de grands changements dans les indicateurs supplémentaires entre 2019 et 2020, à l'exception d'une amélioration croissante de la saisie des valeurs de mesure de la SSED pour la population de patientes et patients (tab. 3).

### Qualité de vie

Aucune dimension de l'EQ-5D-5L n'a montré de changement entre 2018 et 2019 (test t apparié). De même, la valeur d'utilité moyenne des personnes interrogées est restée inchangée à 0,89 pour les deux années, la médiane étant de 0,91 (2018) et 0,94 (2019).

### Discussion

Le PDM, avec son approche interprofessionnelle, aide à mieux soutenir les diabétiques en fournissant un reflet de la prise en charge. En ce qui concerne la qualité du traitement, l'introduction du PDM dans les cabinets médicaux étudiés a entraîné une légère amélioration, non statistiquement significative, pour la plupart des huit critères de la SSED. Les indicateurs supplémentaires donnent une image plus nuancée des besoins et de la qualité du traitement. La qualité de vie des patientes et patients participants n'a pas changé avec l'introduction du PDM.

Les résultats montrent que le PDM a eu tendance à améliorer la qualité du traitement. Comme le score SSED ne permet qu'une évaluation sommaire de la qualité du traitement, la présentation des critères pertinents a été complétée afin de mieux montrer aux professionnels de la santé où il faut agir. Outre le suivi, le contrôle et l'éducation des patientes et patients par les médecins, qui peuvent être effectués en collaboration avec des assistantes médicales, le suivi et l'éducation par des physiothérapeutes et des diététiciennes en matière d'activité physique et d'alimentation semblent également importants.

Notre évaluation montre des valeurs nettement plus basses dans le score SSED que les études précédentes menées dans le domaine de la médecine de premier recours en Suisse. Une raison pourrait être que dans la présente étude, *tous* les diabétiques des centres participants sans exception ont été inclus dans l'étude (par ex. cohorte 18 avec sept cabinets participants en 2017: N = 1078). Dans les autres études suisses, le nombre de diabétiques recrutés est comparativement faible et donc peut-être sélectif: dans l'étude CARAT [14], seuls

303 diabétiques ont participé à l'étude sur 30 cabinets médicaux recrutant des patientes et patients. Sahli et al. [15] ont inclus dans leur étude 235 diabétiques issus de 12 cabinets de groupe et Peytremann-Bridevaux et al. [20] 406 diabétiques issus d'une population de 720 000 patientes et patients.

### Limites

La principale limite de cette étude est la fluctuation de la population de patientes et patients au cours des trois premières années étudiées, ce qui rend difficile la comparaison des valeurs. Une deuxième limite est qu'il s'agit de données collectées de manière routinière et qu'il n'est pas possible d'exclure des saisies non homogènes. Les données ont été extraites des dossiers des patientes et patients et présentent parfois une part importante de valeurs manquantes. Dans le cadre de l'introduction du PDM, les professionnels de la santé impliqués ont dû apprendre à saisir leurs processus de manière structurée dans le dossier électronique commun du patient, afin de pouvoir informer sur l'état du traitement et de fournir un reflet du traitement. L'avantage de cette approche est toutefois que l'obstacle de la saisie est faible pour les cliniciens et que les données sont ainsi collectées en continu au quotidien. La troisième limite est la courte durée du suivi, qui ne peut montrer que les effets à court terme du PDM et ne permet pas de tirer des conclusions sur la durabilité des changements observés.

### Disclosure statement

Cette étude a été financée par l'assurance-maladie SWICA.

### Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch).

---

Dr. Brigitte Wirth  
Winterthurer Institut für  
Gesundheitsökonomie  
Zürcher Hochschule für  
Angewandte Wissenschaften  
Gertrudstr. 15  
CH-8400 Winterthur  
[brigitte.wirth\[at\]zhaw.ch](mailto:brigitte.wirth[at]zhaw.ch)

---

## L'essentiel pour la pratique

- Dans le cadre de la médecine de premier recours, il est possible d'introduire un PDM pour *tous* les diabétiques, ce qui permet d'améliorer la qualité du traitement.
- Les critères de la SSED adaptés à la médecine de premier recours permettent de mieux déterminer la qualité du traitement et les besoins en la matière.
- La prise en charge interprofessionnelle des diabétiques nécessite une saisie structurée des différentes étapes de la prise en charge dans le dossier médical électronique, ce qui nécessite un temps d'introduction suffisant et une formation approfondie.