

Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Unité d'évaluation des soins - UES

Cohorte CoDiab-VD

Rapport du suivi annuel 2014

Auteurs : Emilie Zuercher, Bernard Burnand, Isabelle
Peytreman-Bridevaux (responsable et investigatrice principale
de CoDiab-VD)

Étude financée par :

Service de la santé publique du canton de Vaud (Programme cantonal Diabète).

Prof. Isabelle Peytremann-Bridevaux est financée depuis août 2013 par la Swiss School of Public Health+ [Assistant Professorship grant].

Citation suggérée :

Zuercher E, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. Cohorte CoDiab-VD. Rapport du suivi annuel 2014. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015.

Remerciements :

Nous remercions les participants de la cohorte CoDiab-VD ayant participé à ce suivi, sans qui ce projet ne pourrait être possible. Nous remercions également les médecins traitants ayant participé au suivi 2014.

Date d'édition :

Juin 2015



Table des matières

1	Résumé.....	9
2	Introduction	13
3	Méthodes	15
3.1	Type d'étude	15
3.2	Population.....	15
3.3	Données	16
3.3.1	Données recueillies auprès des patients (Questionnaire général du suivi 2014).....	16
3.3.2	Données « patients » transmises par le médecin traitant	20
3.3.3	Données concernant les médecins.....	21
3.3.4	Méthode de récolte des données (auprès des patients et médecins traitants)	21
3.3.5	Rémunération des participants.....	22
3.4	Analyses statistiques.....	22
4	Résultats	25
4.1	Taux de participation.....	25
4.2	Caractéristiques des participants et de leur état de santé.....	27
4.2.1	Caractéristiques générales	27
4.2.2	Comparaison des patients participants et non-participants au suivi 2014	28
4.2.3	Habitudes de vie et état de santé.....	30
4.2.4	Description du diabète.....	31
4.3	Réalités psychosociales de la vie avec le diabète et de sa prise en charge	32
4.4	Compétence en matière de santé (Health literacy).....	37
4.5	Indicateurs de processus	38
4.5.1	Critères de jugement primaires : Indicateur de processus durant les 12 derniers mois	38
4.5.2	Autres indicateurs de processus.....	39
4.5.3	Utilisation des services de santé.....	40
4.6	Indicateurs de résultats	45
4.6.1	Critères de jugement primaires : HbA1C et qualité de vie	45
4.6.2	Critères de jugement primaires : Prise en charge globale (questionnaire PACIC).....	47
4.6.3	Tension artérielle	49
4.6.4	Autres critères de jugement	49
4.7	Connaissance et participation aux projets du Programme cantonal Diabète (PcD)	50
4.8	Données provenant des médecins traitants	52
4.9	Données concernant les médecins traitants.....	54
4.10	Analyses longitudinales	57
5	Discussion et Conclusions.....	59
6	Références.....	67
7	Annexes.....	69

Liste des tableaux

Tableau 1	Variables modifiées, reprises ou nouvellement récoltées lors du suivi 2014	18
Tableau 2	Variables écartées pour le questionnaire de suivi 2014.....	19
Tableau 3	Description du questionnaire pour les médecins.....	21
Tableau 4	Caractéristiques générales des participants.....	27
Tableau 5	Comparaison des patients participants et non-participants au suivi 2014 : variable présentant des différences statistiquement significatives, au moment du recrutement.....	29
Tableau 6	Habitudes de vie et état de santé.....	30
Tableau 7	Caractéristiques du diabète.....	31
Tableau 8	Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF).....	33
Tableau 9	Problem Areas in Diabetes Questionnaire, 5 items (PAID-5)	34
Tableau 10	Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)	35
Tableau 11	Renoncement aux soins et précarité financière *	36
Tableau 12	Précarité financière par renoncement aux soins à cause du prix.....	37
Tableau 13	Compétence en matière de santé (Health literacy) : fréquence des problèmes de compréhension.....	37
Tableau 14	Critères de jugement primaires : Indicateurs de processus (12 derniers mois).....	38
Tableau 15	Autres indicateurs de processus (12 derniers mois)	40
Tableau 16	Utilisation des services de santé durant les 12 derniers mois	41
Tableau 17	Répartition des visites chez le médecin de famille, interniste, généraliste et chez le médecin diabétologue (Suivi 2014 n=339, Recrutement n=519).....	43
Tableau 18	Investigation de la non consultation du pharmacien ou de la pharmacie (n=73)*. **	44
Tableau 19	Principal prestataire de soins	44
Tableau 20	Critères de jugements primaires : HbA1C, qualité de vie.....	45
Tableau 21	Prise en charge globale (PACIC, moyenne des scores).....	48
Tableau 22	Tension artérielle.....	49
Tableau 23	Questionnaire de Stanford* (« self-efficacy »), moyenne des scores.....	50
Tableau 24	Connaissance des projets du PcD et participation dans les 12 derniers mois	51
Tableau 25	Dernières valeurs cliniques et de laboratoire provenant du médecin traitant.....	53
Tableau 26	Contrôles annuels durant les 12 derniers mois, tels que reportés par les médecins traitants.....	53
Tableau 27	Satisfaction des médecins traitants concernant leur prise en charge actuelle du diabète.....	55
Tableau 28	Satisfaction des médecins traitants concernant leur collaboration avec d'autres professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète.....	55
Tableau 29	Problèmes rencontrés par les médecins traitant lors des soins aux patients diabétiques	56
Tableau 30	Application des critères suisses aux données de CoDiab-VD	63
Tableau 31	Constats et réponses possibles.....	65

Liste des figures

Figure 1	Schéma décrivant les processus de recrutement et de suivi de CoDiab-VD	15
Figure 2	Participation à la cohorte CoDiab-VD	26
Figure 3	Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL, moyennes des scores des dimensions)	46
Figure 4	Mesure de l'état de santé (EQ-5D, pourcentages)	47

Liste des annexes

Annexe 1	Présence des questions dans les différents questionnaires au fil du temps.....	69
Annexe 2	Participation au suivi 2014, en fonction de la commune de résidence	74
Annexe 3	Participation au suivi 2013, en fonction de la commune de résidence	75
Annexe 4	Participation au recrutement 2011-2012, en fonction de la commune de résidence	76
Annexe 5	Comparaison des résultats de CoDiab-VD avec ceux de DAWN2 pour les caractéristiques des participants.....	77
Annexe 6	Comparaison des résultats de CoDiab-VD avec ceux de DAWN2 pour les réalités psychosociales de la vie avec le diabète.....	77

Liste des abréviations

ADDQoL :	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire
ADO :	Antidiabétique oral
AUDIT-C :	Alcohol Use Disorders and Identification Test-Consumption
AVC :	Accident vasculaire cérébral
AVD :	Association Vaudoise du Diabète
CCM :	Chronic Care Model
CoDiab-VD :	Cohorte des patients diabétiques vaudois
DES-SF :	Diabetes Empowerment Scale-Short Form
DiPCare-Q :	Deprivation in Primary Care Questionnaire
DS :	Déviation standard
EQ-5D :	EuroQol - 5 Dimensions
HbA1C :	Hémoglobine glyquée
IC :	Intervalle de confiance
IMC :	Indice de masse corporelle
IUMSP :	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
MCS :	Mental component score
mmHg :	millimètre de mercure
PACIC :	Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire
PAID-5 :	Problem Areas in Diabetes Scale - 5 questions

PcD : Programme cantonal Diabète
PCS : Physical component score
SDSCA : Summary of Diabetes Self-Care Activities
SF-12 : Short Form-12
VD : Vaud

1 Résumé

Introduction

La cohorte des patients diabétiques vaudois (CoDiab-VD) a été mise sur pied par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) dans le cadre du développement et de l'évaluation du Programme cantonal Diabète. Les participants à CoDiab-VD ont été recrutés en 2011 et 2012, lors d'une première étude transversale, et sont suivis annuellement depuis. Après le suivi 2013, le suivi 2014 est le deuxième suivi du collectif total.

Nous rappelons que les objectifs de cette cohorte sont de 1) suivre l'évolution des indicateurs de prise en charge des patients diabétiques, 2) mesurer l'exposition des patients diabétiques aux actions et projets du Programme cantonal Diabète, et 3) évaluer l'impact de l'exposition aux actions et projets du Programme cantonal Diabète sur les soins apportés aux patients diabétiques dans le canton de Vaud.

Méthode

Pour ce suivi, nous avons contacté les 402 patients encore inclus dans la cohorte au 30 septembre 2014, soit les personnes n'ayant pas émis le souhait de sortir de la cohorte, étant décédées ou perdues de vue. Nous avons aussi contacté les médecins traitants dont les participants nous ont donné les coordonnées.

Les données provenant des patients ont été récoltées par questionnaire auto-administré, envoyé à domicile. Afin de maximiser le taux de participation au suivi, les non-répondants ont d'abord reçu deux rappels (envois complets), puis ont été contactés par téléphone si nécessaire. Les quelques données cliniques et de laboratoire concernant les patients proviennent des médecins, qui ont aussi répondu à quelques questions concernant leur pratique générale de prise en charge des personnes vivant avec un diabète. Ces données ont été collectées par questionnaire papier envoyé par courrier postal au cabinet médical ; les cabinets médicaux des non-répondants ont été contactés par téléphone.

Les données recueillies auprès des patients lors du suivi 2014 étaient relativement similaires à celles recueillies lors des précédentes vagues de l'enquête. Tandis qu'en 2013 l'accent s'était porté sur le pied diabétique, les réalités psychosociales de la vie avec le diabète et de sa prise en charge ont été approfondies en 2014. Afin d'investiguer ces aspects, trois questionnaires utilisés par une étude internationale (étude DAWN2™ : Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2), investiguant spécifiquement ces aspects, entre autres, ont été nouvellement considérés dans le questionnaire de suivi 2014 (1. SDSCA - Summary of Diabetes Self-Care Activity ; 2. PAID-5-Problem Areas in Diabetes Scale ; 3. DES-SF - Diabetes Empowerment Scale-Short Form). Une question explorant la précarité financière a été ajoutée. Afin de maintenir la longueur de questionnaire acceptable, quelques questions posées précédemment ont été écartées du

questionnaire 2014 ; toutes les questions concernant les critères de jugement (outcomes) primaires ont cependant été conservées.

Les données « patients » recueillies auprès des médecins traitants concernaient les dernières valeurs de poids, taille, tension artérielle, hémoglobine glyquée (HbA1C), lipides, créatinine sérique et dosage de la microalbuminurie ainsi que les dates correspondantes de ces examens. Le questionnaire « médecins » investiguait 1) la satisfaction du médecin quant à sa prise en charge des patients diabétiques, 2) la satisfaction du médecin quant à sa collaboration avec d'autres professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète, et 3) les problèmes potentiellement rencontrés par le médecin lors des soins à ses patients diabétiques.

Comme pour les enquêtes précédentes, des analyses transversales ont été effectuées. Elles seront complétées par des analyses longitudinales permettant une évaluation plus précise de l'évolution des résultats de chaque participant.

Résultats

Sur les 519 patients recrutés en 2011-2012, 402 ont pu être contactés pour le suivi 2014 et 339 y ont participé. Ceci correspond à un taux de participation au suivi 2014 de 84%, mais seulement à 65% du collectif initial.

Sur la base des données du recrutement, les participants et les non-participants au suivi 2014 ont été comparés. Les deux groupes sont globalement très proches, si ce n'est que le collectif de participants est légèrement plus jeune, avec plus d'hommes, moins de personnes veuves ou vivant seules à domicile, et avec un revenu du ménage plus élevé. Les données médicales des participants au suivi 2014, par rapport aux non-participants, montraient qu'ils reportaient moins d'hospitalisation, moins de recours aux services du CMS ou d'une aide à domicile, ainsi qu'un meilleur score physique de qualité de vie liée à la santé (PCS-SF-12). Ils étaient également plus nombreux à être membre de l'AVD.

Les résultats obtenus lors du suivi 2014 sont relativement proches de ceux obtenus lors du recrutement. Les indicateurs satisfaisants précédemment le restaient en 2014, de même que les indicateurs non-satisfaisants (i.e. non atteints). On peut noter que les proportions de patients reportant avoir eu un contrôle annuel des pieds, de la microalbuminurie ou la vaccination grippale, restaient trop basses. Par contre, bien qu'une proportion nettement plus importante de participants reportaient connaître l'HbA1C en 2014 qu'au recrutement, aucune amélioration de la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire n'a été observée (proportion de participants obèses ou en surpoids, fumeurs actifs, reportant une consommation d'alcool à risque ou inactifs physiquement). Une utilisation plus faible des services de santé en général ressortait également cette année, par rapport aux résultats du recrutement. Le médecin de famille/généraliste/interniste était par ailleurs indiqué comme étant le principal prestataire de soins autant pour le diabète que pour les autres problèmes de santé des participants, le diabétologue arrivant en deuxième comme prestataire de soins liés au diabète. Deux domaines de prise en charge des patients diabétiques, l'alimentation et l'activité physique, sont de plus ressortis comme problématiques que se soit du point de vue des patients que de celui des médecins traitants.

L'investigation des aspects psychosociaux liés au diabète a montré que les participants reportaient globalement un bon niveau d'autonomisation que se soit en termes d'auto-efficacité ou de confiance pour effectuer certaines tâches liées à l'autogestion de leur diabète. Les activités d'autogestion leur posant le plus de problèmes étaient les soins des pieds et l'activité physique. Ils reportaient par contre bien gérer certaines inquiétudes et émotions négatives liées au diabète.

Parmi les 222 médecins contactés, 130 (59%) ont rempli et retourné un questionnaire concernant leur(s) patient(s), et 122 (55%) ont renvoyé le questionnaire investiguant leur prise en charge du diabète.

Les dernières valeurs cliniques et de laboratoires provenant des médecins traitant sont très semblables à celles observées au recrutement, ainsi qu'à celles reportées par les patients. Les médecins reportaient par ailleurs un niveau de satisfaction élevé pour leur prise en charge actuelle du diabète comme pour leur collaboration avec d'autres professionnels de santé impliqué dans les soins du diabète. Ils décrivaient, par contre, rencontrer le plus de problèmes dans les domaines touchant à l'activité physique et à l'alimentation, ainsi qu'à celui de la motivation des patients à changer leurs habitudes de vie à long terme. Trouver d'autres professionnels de santé (diététicien(ne), médecin spécialiste et infirmier(ère) spécialisé(e) en diabétologie) à qui référer un patient en cas de besoin ne semblait pas être problématique pour les médecins interrogés.

Conclusions

Les résultats du suivi 2014 des participants de la cohorte CoDiab-VD ne mettent pas en évidence d'amélioration ou de péjoration significatives par rapport aux résultats du recrutement. Certains processus de soins comme les contrôles annuels des pieds, de la microalbuminurie ou la vaccination grippale, ainsi que la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée, continuent toutefois de requérir davantage d'attention.

2 Introduction

Dans le cadre du développement et de l'évaluation de Programme cantonal Diabète vaudois, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) a mis sur pied une cohorte de patients diabétiques vaudois (CoDiab-VD). La constitution de cette cohorte s'est faite sur la base des patients diabétiques recrutés en 2011 et 2012 pour la première enquête, transversale, qui avait visé à caractériser les patients diabétiques du canton de Vaud et leur prise en charge. Depuis lors, les patients diabétiques de cette cohorte sont suivis annuellement. Après le suivi 2013, celui de 2014 constitue le deuxième suivi ayant ciblé l'ensemble des participants de la cohorte CoDiab-VD.

Nous rappelons ici brièvement que :

- 1) Les participants de CoDiab-VD sont des patients diabétiques adultes, non-institutionnalisés et résidant dans le canton de Vaud, qui avaient été recrutés par des pharmacies d'officine du canton.
- 2) Les données concernant les patients sont récoltées annuellement au moyen de questionnaires auto-administrés, et tous les deux ans, par l'intermédiaire des médecins traitants. Les données 2011-2012 constituent les données de base (recrutement) de la cohorte CoDiab-VD.
- 3) Les buts de la cohorte CoDiab-VD sont de :
 - Suivre l'évolution des indicateurs de prise en charge des patients diabétiques ;
 - Mesurer l'exposition des patients diabétiques aux actions et projets du Programme cantonal Diabète ;
 - Evaluer l'impact de l'exposition aux actions et projets du Programme cantonal Diabète sur les soins apportés aux patients diabétiques dans le canton de Vaud.

L'objectif du présent rapport est de décrire les résultats du suivi 2014 de la cohorte CoDiab-VD, de comparer les résultats transversaux (recrutement, suivi 2013, suivi 2014), ainsi que de présenter, dans un deuxième temps, les premiers résultats des analyses longitudinales.

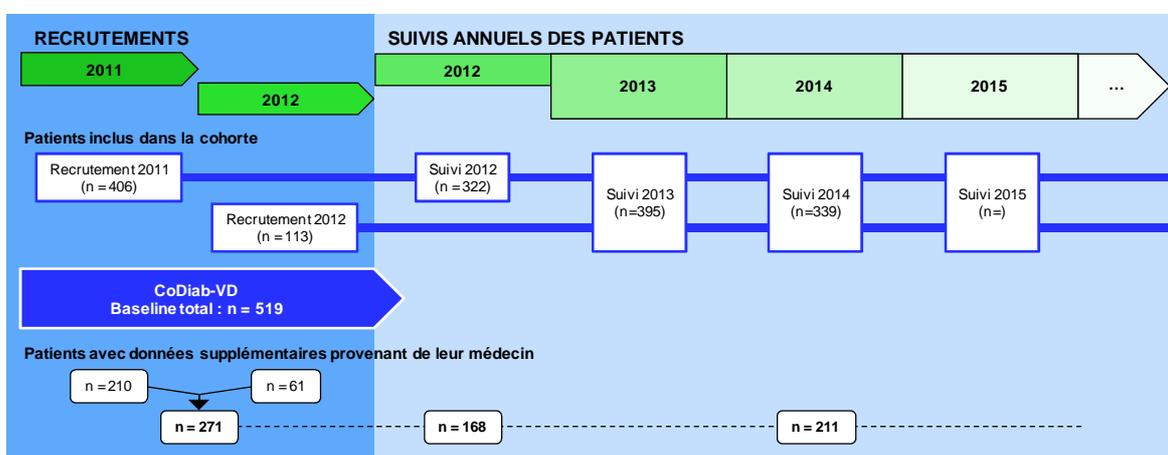
3 Méthodes

Nous informons le lecteur que la justification du choix des indicateurs n'est pas reprise dans le présent rapport ; l'entièreté de ces informations est disponible dans le rapport décrivant la première phase de l'enquête ¹, ainsi que dans le rapport décrivant le recrutement 2011-2012 ². Nous rappelons toutefois brièvement ici quelques points importants de la méthode.

3.1 Type d'étude

La cohorte CoDiab-VD comprend des patients diabétiques recrutés en 2011 et 2012. Après le suivi 2013, celui de 2014 est le deuxième qui concerne l'entièreté des patients de la cohorte, le suivi 2012 n'ayant concerné que les patients diabétiques recrutés en 2011. Tandis que les patients sont sollicités chaque année, les médecins traitants ne le sont qu'un an sur deux ; ils ont été contactés pour le suivi 2014. La Figure 1 présente le déroulement de cette cohorte.

Figure 1 Schéma décrivant les processus de recrutement et de suivi de CoDiab-VD



3.2 Population

Pour le suivi 2014, tous les patients inclus dans la cohorte CoDiab-VD au 30 septembre 2014 ont été contactés. Ceci correspond aux patients ayant participé au suivi 2013 (n=395) à l'exception de ceux ayant signalé le désir de ne plus être recontacté pour la suite (n=7), aux patients n'ayant pas

participé au suivi 2013 mais qui ont désiré rester dans la cohorte (n=16) et à un participant perdu de vue qui a été retrouvé grâce au registre cantonal des personnes (RcPers). De ces 405 patients, trois sont décédés dans le courant de l'année 2014 (information reçue suite à l'envoi aux participants, fin août 2014, des résultats du suivi 2013) Nous avons ainsi contacté 402 participants pour le suivi 2014 (plus de détails sur le taux de participation dans la section 4.1).

3.3 Données

Les données recueillies lors du suivi 2014 sont constituées des données auto-reportées par le patient, que nous discuterons ci-après, et des données transmises par les médecins traitants qui seront décrites dans les chapitres suivants (3.3.2 et 3.3.3).

3.3.1 Données recueillies auprès des patients (Questionnaire général du suivi 2014)

Globalement, les données récoltées auprès des patients sont majoritairement similaires à celles recueillies lors des précédentes vagues de l'enquête. Tandis qu'en 2013 l'accent s'était porté sur le pied diabétique, cette année, nous avons décidé d'approfondir les aspects psychosociaux de la prise en charge des patients diabétiques.

Le questionnaire de suivi 2014 comportait 140 questions (26 pages). Pour permettre une meilleure compréhension de certaines questions et/ou une analyse plus fine des résultats, des questions ont été soit nouvellement insérées dans le questionnaire de suivi 2014, soit modifiées (Tableau 1). Nous avons aussi écarté un certain nombre de questions qu'il n'était pas indispensable de poser annuellement (Tableau 2), pour permettre l'ajout de questions spécifiques au suivi 2014 et conserver un questionnaire ne dépassant pas la longueur actuelle. Ces ajouts concernaient principalement la thématique sur les réalités psychosociales de la vie avec le diabète et de sa prise en charge.

Ainsi, les questionnaires SDSCA³, PAID-5⁴ et DES-SF⁵ ont été ajoutés au questionnaire de base afin d'investiguer plus en détails les aspects psychosociaux du diabète. Nous avons sélectionné ces questionnaires car ils avaient été utilisés dans l'étude DAWN2TM (Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2), une enquête internationale sur le diabète centrée sur cette problématique. Une question sur la précarité financière a également été ajoutée⁶. Pour les questionnaires dont une version française n'a pu être trouvée (PAID-5 et DES-SF), nous avons procédé à une traduction impliquant des collègues de notre unité ainsi qu'une personne bilingue français-anglais terminant son master à l'école de traduction de Genève.

Ci-dessous sont décrits, succinctement, les questionnaires spécifiques à la problématique psychosociale du diabète et de sa prise en charge qui ont été considérés dans le suivi 2014. Une description détaillée des indicateurs inclus dans les différentes versions du questionnaire (recrutement, 2012, 2013 et 2014) se trouve dans l'Annexe 1. La description des modifications entre les questionnaires des différentes années ne sera donc pas détaillée ici.

SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activity)

Le questionnaire SDSCA, qui évalue les comportements et auto-soins en matière de santé, comporte six dimensions : l'alimentation (5 questions), l'activité physique (2 questions), le contrôle de la glycémie (2 questions), les soins des pieds (5 questions), le tabagisme (1 question), et les médicaments (1 ou 2 questions). Les questions sont scorées sur une échelle en 8 points, représentant le nombre de jours de la semaine (de 0 à 7) pendant lesquels le patient a adhéré aux recommandations. Un score peut être calculé pour chaque dimension, sauf pour l'alimentation pour laquelle deux scores différents sont calculés, alimentation générale et alimentation spécifique. Les scores pour l'alimentation sont à interpréter précautionneusement en raison de corrélations basses entre les questions ; les auteurs recommandent ainsi une interprétation individuelle des questions. Certaines questions font partie du cœur du questionnaire SDSCA, d'autres sont additionnelles permettant une analyse plus fine ; ces dernières ne sont pas toutes utilisées dans les scores des dimensions. Le score d'une dimension se calcule en faisant la moyenne des questions considérées dans cette dimension. Un score total peut aussi être calculé si toutes les dimensions et toutes les questions faisant partie du cœur du questionnaire sont disponibles.

Le questionnaire SDSCA est libre de droits d'utilisation et peut être modifié selon les besoins de l'utilisateur. Des dimension ou questions individuelles peuvent être enlevés ou même modifiés, mais il ne sera alors plus possible de calculer un score global ou les scores de dimension concernés par ces modifications.

Nous avons décidé ne pas insérer la section sur le tabagisme car cette question était redondante avec l'une de celle qui se trouve déjà dans notre questionnaire de base. Nous avons également décidé d'utiliser la question générale sur les médicaments et non les deux questions plus spécifique sur l'injection d'insuline et la prise de comprimés. Une dimension ayant été enlevée, un score global pour ce questionnaire ne pourra pas être calculé.

PAID-5 (Problem Areas in Diabetes Scale - 5 items)

Le questionnaire PAID-5 évalue la détresse émotionnelle liée au diabète. Il inclut 5 questions scorées sur une échelle en 5 points (de 0 « pas un problème » à 4 « grave problème »), le répondant évaluant dans quelle mesure chaque proposition est un problème pour lui. Le score total se calcule en additionnant les scores des 5 questions et peut varier de 0 à 20. Un score total ≥ 8 est considéré comme un indicateur d'une détresse émotionnelle élevée.

DES-SF (Diabetes Empowerment Scale - Short Form)

Le questionnaire DES-SF évalue la confiance du patient à participer activement à l'autogestion de sa maladie. Il inclut 8 questions scorées sur une échelle en 5 points (de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord »), le répondant indiquant dans quelle mesure chaque proposition est vraie pour lui. Le score total se calcule en faisant la moyenne des scores des questions complétées et peut prendre une valeur allant de 1 à 5. Le score total évalue le degré d'auto-efficacité du

patient reflétant son niveau d'autonomisation face au diabète, un score élevé indiquant un meilleur niveau d'autonomisation.

Question concernant la précarité financière

La question concernant la précarité financière correspond à la première question du Deprivation in Primary Care Questionnaire (DiPCare-Q) (« Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.) ? » « Oui / Non »). Celle-ci permet de repérer les patients vulnérables financièrement ^{6, 7}.

Tableau 1 Variables modifiées, reprises ou nouvellement récoltées lors du suivi 2014

Variable	Description	Instrument / modalités de réponse
Modifications		
Complications *	Type de complications	Liste de 11 choix (sur une période de 12 mois et non pas sur toute la vie jusqu'à ce jour comme précédemment)
Vaccination grippale **	Vaccination faite ou non	Oui / Non, proposé mais refusé / Non, proposé mais pas de vaccin disponible / Non, pas proposé
Education thérapeutique du patient †	Participation à un cours	Oui / Non / Ne sait pas (12 mois)
Utilisation des services de santé ††	Raison(s) pour la/lesquelle(s) le patient n'a jamais consulté à la pharmacie, avec ou sans contact avec le(la) pharmacien(ne)	Liste de 5 choix
Prise en charge globale du diabète §	Utilisation du PACIC20 à nouveau, au lieu des 26 questions du questionnaire total.	PACIC, 20 questions (6 mois) Echelle en 5 points (1=jamais à 5=toujours)
Informations générales	Situation professionnelle actuelle §§	Liste de 7 choix
AVD †	Depuis quand le patient est membre de l'AVD	Liste de 6 choix
Activités du PcD ††	« Consultation spécialisée du "pied à risque" »	2 questions : Je connais : Oui / Non J'ai consulté : Oui, au CHUV / Oui, ailleurs / Non
	« Consultation "Néphropathie diabétique" »	2 questions : Je connais : Oui / Non J'ai consulté : Oui, au CHUV / Oui, ailleurs / Non
	« Programme cantonal Diabète (PcD) » †	2 questions : Je connais : Oui / Non J'ai visité leur site internet : Oui / Non / Pas accès à internet
Reprises		
Renoncement aux soins	Renoncement à des soins à cause du prix à payer	Oui / Non (12 mois)
	Type de soins auxquels il a été renoncé	Liste de 10 choix
Dépression	Questionnaire de dépistage de la dépression	2 questions du Prime-MD ^{8, 9}

Ajouts		
Utilisation des services de santé	Réception de repas à domicile	Oui, régulièrement / Oui, provisoirement / Non / Ne sait pas (12 mois)
Principal prestataire de soin	Pour les problèmes de diabète	Liste de 4 choix
	Pour les autres problèmes de santé	Liste de 6 choix
Renoncement aux soins	Renoncement à des soins pour d'autres raisons que le prix à payer	Oui / Non (12 mois)
	Raison(s) pour la/lesquelle(s) le patient a renoncé	Liste de 8 choix
Précarité financière ^{¶¶}	Problèmes pour payer ses factures courantes	Oui / Non (12 mois)
Indicateurs psychosociaux	SDSCA ³ (autogestion du diabète), uniquement les 5 dimensions : alimentation, activité physique, contrôle de la glycémie, soins des pieds, médicaments	15 questions (7 jours) Echelle de 0 à 7 (nombre de jours où l'activité a été faite)
	PAID-5 ⁴ (problèmes liés au diabète)	5 questions (situation au moment de la passation du questionnaire) Echelle en 5 points (0=pas un problème à 4=grave problème)
	DES-SF ⁵ (autonomisation des personnes vivant avec le diabète)	8 questions (situation au moment de la passation du questionnaire) Echelle en 5 points (1=pas du tout d'accord à 5=tout à fait d'accord)

* Seules les complications survenues au cours des 12 derniers mois ont été demandées, et la liste de choix a été légèrement modifiée.

** Ajout d'une modalité de réponse pour la question sur la vaccination grippale indiquant qu'il n'y avait pas de vaccin disponible.

† Seule la participation à un cours d'éducation thérapeutique au cours des 12 derniers mois a été demandée, et ainsi la date de participation n'a plus été demandée.

†† Cette question a été ajoutée après la liste des professionnels de santé possiblement consultés.

§ Similairement au suivi 2012 les 20 questions du PACIC ont été utilisées dans le questionnaire de suivi 2014, alors que pour le recrutement et le suivi 2013 les 26 questions du PACIC avaient été utilisées.

§§ La modalité « Retraité(e), rentier(ère) (vieillesse, invalidité...) » a été séparée en deux modalités distinctes : « Retraité(e), rentier(ère) (vieillesse) » et « Invalidité »

‡ Ajout d'une question pour investiguer depuis quand le patient est membre de l'AVD.

‡‡ L'échelle de temps a été restreinte aux 12 derniers mois.

¶ Les questions concernant le PcD ont été couplées aux questions sur les activités du PcD.

¶¶ La question de précarité financière est la première question du questionnaire DiPCare-Q ^{6,7}. Il a été montré que cette question, à elle seule, est un bon moyen de dépistage de la précarité financière.

PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care ; PcD : Programme cantonal Diabète ; DiPCare-Q : Deprivation in Primary Care Questionnaire ; SDSCA : Summary of Diabetes Self-Care Activity ; PAID-5 : Problem Areas in Diabetes Scale - 5 questions ; DES-SF : Diabetes Empowerment Scale - Short Form.

Les trois questions sur l'examen des pieds ont été replacées dans le questionnaire de base avec les autres questions sur les contrôles spécifiques au diabète ; dans le questionnaire du suivi 2013, elles se trouvaient dans le module spécifique « Pied diabétique ».

Tableau 2 Variables écartées pour le questionnaire de suivi 2014

Variable	Description	Instrument / modalités de réponse
Type de diabète *		Type 1 / Type 2 / Autre / Ne sait pas
Surveillance glycémique à domicile	Auto-surveillance par le patient	Oui / Non
	Si le patient ne surveille pas sa glycémie, la(les) raison(s) pour la/lesquelle(s) il ne le fait pas	Liste de 10 choix

Recommandation	Recommandations diététiques, alimentaires orales/écrites	Oui / Non (12 mois)
	Recommandations pour activité physique	Oui / Non (12 mois)
Vaccination contre le pneumocoque	Vaccination faite ou non	Oui / Non, proposé mais refusé / Non, pas proposé
Education thérapeutique du patient	Date de la dernière participation à un cours, si le patient y a participé	Mois - année
	Si le patient n'a jamais participé à un cours sur la gestion du diabète, la(les) raison(s) pour la/lesquelle(s) il ne l'a jamais fait	Liste de 7 choix
Satisfaction	Satisfaction générale de la prise en charge	5 modalités (excellente à mauvaise)
Information sur le diabète	Sentiment d'être informé	5 modalités (oui très bien informé à non très mal informé)
Sentiment d'efficacité personnelle	Diabète au quotidien	5 modalités (très difficile à très facile)
	Activité physique au quotidien	5 modalités (très difficile à très facile)
	Traitement médicamenteux au quotidien	5 modalités (très difficile à très facile)
	Alimentation au quotidien	5 modalités (très difficile à très facile)
	Gestion de la vie avec le diabète	7 modalités (très bien à très mal)
Informations générales	Revenu moyen mensuel du ménage	4 catégories à choix, basées sur les quartiles de revenu moyen des ménages vaudois
	Assurance complémentaire hospitalisation	Oui / Non / Non, mais aurait voulu / Ne sait pas
Association Vaudoise du Diabète (AVD)	Connaissance de l'AVD	Oui / Non / Ne sait pas
Programme cantonal Diabète (PcD) **	Connaissance du PcD	Oui / Non / Ne sait pas
	Visite du site internet du PcD	Oui / Non / Ne sait pas
Activités du PcD	Je connais / j'ai participé à « Consultation podologique de la policlinique (PMU) et du CHUV »	2 questions : Oui / Non

* Sur la base des données récoltées jusqu'en 2013 (auto-reportées par le patient et reportées par le médecin traitant), un type de diabète a été attribué, après le suivi 2013, à chacun des 519 patients ayant participé au recrutement. Pour les cas non-triviaux, un jugement d'expert (Dre I. Hagon-Traub, médecin endocrinologue-diabétologue) a permis l'attribution d'un type de diabète. Cette question est donc écartée du questionnaire depuis le suivi 2014.

** Les questions concernant le PcD ont été couplées aux questions sur les activités du PcD.
AVD : Association Vaudoise du Diabète ; PcD : Programme cantonal Diabète.

3.3.2 Données « patients » transmises par le médecin traitant

Cette année à nouveau, les données provenant des patients ont été complétées par quelques données provenant du médecin traitant. Les médecins traitants, généralistes/internistes et/ou diabétologues, ont été contactés lorsque les patients nous donnaient leurs coordonnées et acceptaient de ce fait que nous les contactions.

Ce questionnaire comportait 7 questions concernant les dernières données cliniques ou de laboratoire du patient (poids, taille, tension artérielle, hémoglobine glyquée (HbA1C), lipides, créatinine sérique et dosage de la microalbuminurie dans les urines). La question portant sur le

dosage de la microalbuminurie dans les urines est différente des autres questions pour lesquelles une valeur était demandée. Pour cette question, il est demandé au médecin si l'analyse a été faite, avec quelle méthode (réculte 24h ou rapport sur spot urinaire ou dosage semi-quantitatif) et si le résultat obtenu était normal. Les dates de toutes ces mesures ont aussi été récoltées.

Ce questionnaire est très similaire à celui envoyé aux médecins traitants lors du suivi 2012. Nous n'avons toutefois pas exploré les processus de soins suivants : examen des pieds nus, contrôle ophtalmique et dernière vaccination grippale.

3.3.3 Données concernant les médecins

Le questionnaire destiné aux médecins visait à investiguer la prise en charge des patients diabétiques en général, ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées par les médecins lors des prises en charge des patients diabétiques. Ces questions n'étaient pas liées à un patient particulier, mais abordaient la thématique de façon générale, c'est-à-dire pour l'ensemble des patients diabétiques des médecins répondant.

Ce questionnaire a été conçu pour qu'il ne dépasse pas une page recto-verso, afin de minimiser le temps de remplissage pour les médecins et de maximiser le taux de réponse. Il comportait 3 questions générales portant sur 1) la satisfaction du médecin quant à sa pratique actuelle de prise en charge des patients diabétiques, 2) la satisfaction de la collaboration du médecin avec les autres soignants que ses patients diabétiques consultent, 3) les problèmes potentiellement rencontrés lors des soins aux patients diabétiques. Le questionnaire est brièvement décrit dans le Tableau 3.

Tableau 3 Description du questionnaire pour les médecins

Question	Description	Modalités de réponse
Satisfaction du médecin quant à sa prise en charge des patients diabétiques	Liste de 8 éléments	5 modalités (pas du tout satisfait à très satisfait)
Satisfaction du médecin quant à sa collaboration avec d'autres professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète	Liste de 10 professionnels	6 modalités (pas du tout satisfait à très satisfait, ainsi que la modalité pas de collaboration)
Problèmes potentiellement rencontrés par le médecin lors de ses soins aux patients diabétiques	Liste de 18 difficultés	5 modalités (jamais à toujours)

3.3.4 Méthode de récolte des données (auprès des patients et médecins traitants)

Les données du suivi 2014, comme pour les années précédentes, ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire auto-administré, transmis aux patients par courrier postal prioritaire. L'envoi complet comportait un questionnaire, une lettre informative sur l'enquête, et une enveloppe préaffranchie et pré-adressée pour le renvoi du questionnaire. Les non-répondants ont reçus deux rappels par courrier postal prioritaire. Le premier rappel, à deux semaines et qui aurait dû se

faire sous forme de carte de rappel, a été fait sous forme d'envoi complet car le questionnaire initial comportait une erreur (mise en page d'une partie des questions du questionnaire PACIC); le second rappel, également sous forme d'envoi complet, a été fait quatre semaines après le premier envoi. En cas de non-réponse aux trois envois postaux, les patients pour lesquels nous avons un numéro de téléphone valable ont été appelés. Au moins cinq essais d'appels ont été effectués pour chaque patient n'ayant pas encore renvoyé le questionnaire, et ce à différents moments de la journée pour un même patient (matin, après-midi, début de soirée). Pour les personnes ayant un répondeur téléphonique, un message a été laissé sur leur boîte vocale. Les patients ayant montré de l'intérêt à remplir le questionnaire lors de l'entretien téléphonique, mais dont le questionnaire ne nous était toujours pas retourné après deux à trois semaines, ont été rappelés. Les différents essais de contact des patients ont été interrompus à fin janvier 2015.

Les données des médecins traitants ont été récoltées à l'aide de questionnaires, envoyés par courrier postal prioritaire et adressés directement au médecin. Un envoi comportait une lettre informative sur l'enquête, un ou plusieurs questionnaires « données patients », un questionnaire « médecin », et une enveloppe préaffranchie et pré-adressée pour le renvoi des questionnaires. Les premiers questionnaires ont été envoyés aux médecins sept semaines après le premier envoi des questionnaires aux patients, afin de regrouper au maximum les questionnaires des patients nous ayant transmis le nom d'un même médecin. Si les médecins déjà contactés une fois étaient recontactés pour d'autres patients, le questionnaire « médecin » ne leur était pas envoyé à nouveau, celui-ci ne devant être rempli qu'une seule fois. En cas de non-réponse, les cabinets médicaux ont été contactés par téléphone. Si aucun refus de participer n'était clairement mentionné lors du premier contact téléphonique, les cabinets médicaux ont été rappelés plusieurs fois ; les derniers contacts ont eu lieu début mars 2015. En cas de besoin, les documents étaient renvoyés aux médecins par fax ou par email. Dans un cas particulier, la Prof. Peytremann-Bridevaux s'est rendue au cabinet médical pour reporter les données des patients.

3.3.5 Rémunération des participants

Comme lors des précédentes récoltes de données de la cohorte CoDiab-VD, seuls les médecins traitants ont été rémunérés. Ils ont reçu 20 CHF par questionnaire rempli et retourné, à condition d'avoir renvoyé au moins cinq questionnaires comportant des données patients.

3.4 Analyses statistiques

Des analyses uni- puis bi-variées (test du Chi², test de Fisher, test de Student), en fonction de leur nécessité et pertinence, ont été conduites. Celles-ci ont permis 1) de décrire les données (distribution par modalité de réponse ou moyennes/déviation standards, valeurs manquantes) et les résultats pour l'ensemble du collectif du suivi 2014, 2) de comparer les patients participants et non-participants au suivi 2014, sur la base de leurs caractéristiques reportées lors du recrutement, et 3) de comparer les résultats du suivi 2014 à ceux du recrutement.

Précédemment, les calculs des intervalles de confiance à 95%, pour les critères de jugement primaires, prenaient en considération la structure hiérarchique des données (clusters par pharmacies qui avaient recruté les patients en 2011 et 2012). Les analyses statistiques de corrélation entre les réponses aux questions des patients fréquentant la même pharmacie, effectuées sur les outcomes primaires uniquement et par une statisticienne (Dr Andrea Kraus), ont montré qu'il n'y avait qu'une corrélation insignifiante, et que celle-ci pouvait être ignorée pour les analyses futures.

Les analyses effectuées ci-dessus comprenaient, pour les variables continues, l'utilisation d'un modèle linéaire mixte à valeur aléatoire (random intercept linear mixed model), et pour les variables nominales, l'utilisation de la méthode des équations d'estimation généralisées (GEE) ajustée pour les modèles de régression logistique (generalised estimating equations to fit logistic regression models).

4 Résultats

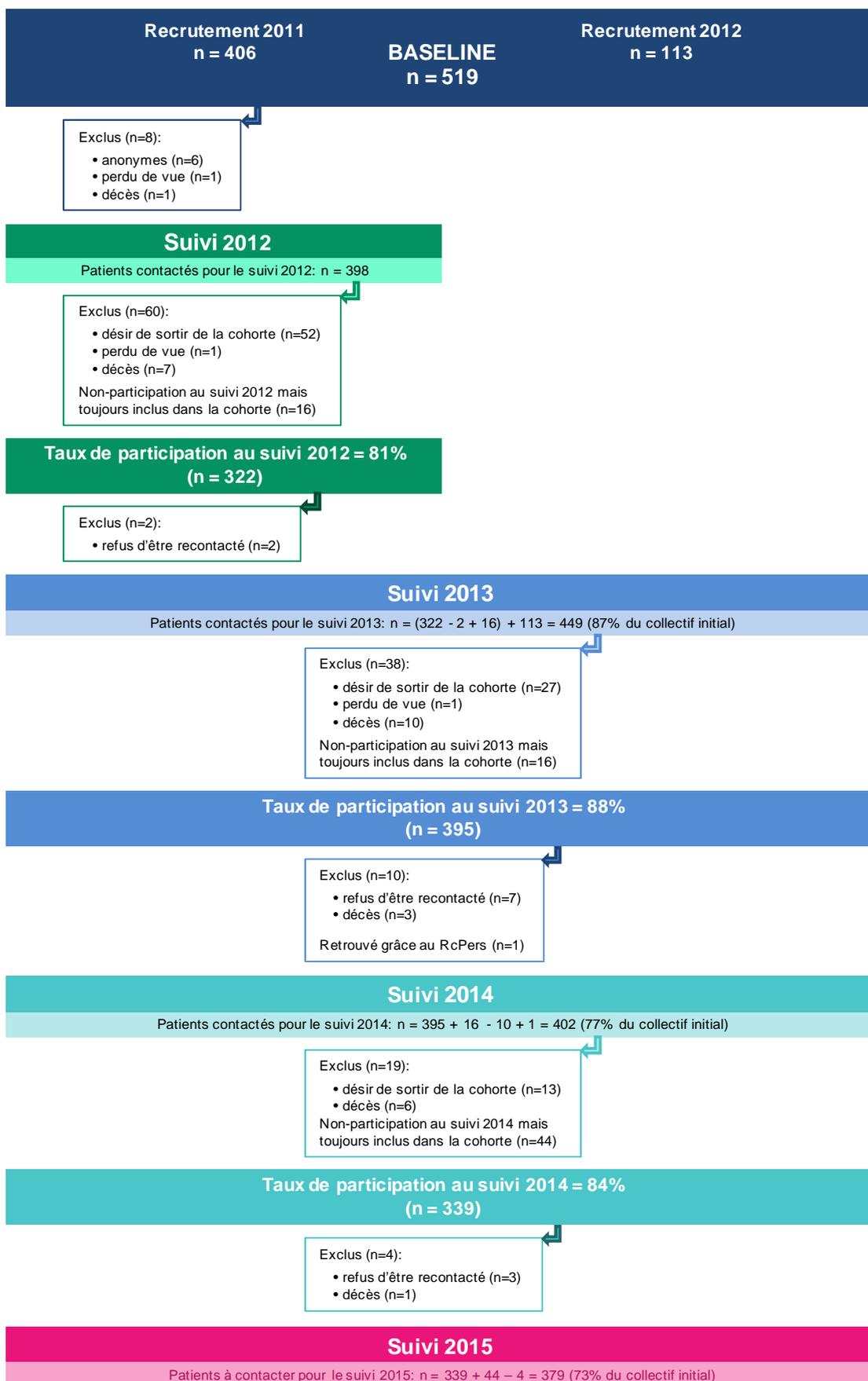
L'ensemble des résultats provenant des patients eux-mêmes et de leurs médecins sont présentés ci-dessous sous forme de texte et de tableaux ou d'histogrammes.

4.1 Taux de participation

Parmi les 519 patients recrutés en 2011 et 2012, 402 patients ont pu être contactés à l'automne 2014, et 339 ont accepté de participer au suivi 2014. Ceci correspond à un taux de participation (nombre de patients ayant participé/nombre de patients contactés) de 84.3%. Ces 339 patients représentent par ailleurs 65.3% du collectif initial (339/519). Si l'on considère que les 27 patients décédés depuis la première mesure peuvent être considérés comme des patients nous donnant de l'information (décès avant participation au suivi 2014), alors ces 339+27 patients représentent 70.5% du collectif initial de 519 participants.

Tandis que les détails de participation et les raisons de non participation des patients, au recrutement et aux suivis de la cohorte CoDiab-VD, sont présentés dans la Figure 2, la répartition des participants en fonction de leur commune de résidence, au moment du recrutement et des suivis 2013 et 2014, est présentée dans les annexes (Annexe 2 à Annexe 4). Ces figures représentent non seulement le nombre de participants par commune de résidence (plus la taille du cercle bleu est grande, plus élevé est le nombre de participants de la commune considérée), mais aussi les densités de population respectives (dégradé de couleur allant du foncé – plus grande densité – au plus clair – plus faible densité). Sur les trois cartes, on peut observer une répartition géographique très similaire des participants entre les années, avec des participants qui proviennent des diverses régions du canton, tant rurales qu'urbaines.

Figure 2 Participation à la cohorte CoDiab-VD



4.2 Caractéristiques des participants et de leur état de santé

4.2.1 Caractéristiques générales

L'âge moyen des participants était de 66.1 ans, ce qui correspond à une augmentation de deux ans par rapport au recrutement, et est cohérent avec le vieillissement de la population de CoDiab-VD. On observe également plus de participants retraités/rentiers au suivi 2014 qu'au recrutement (60.9% vs 56.6%).

Comme précédemment, la majorité du collectif 2014 était composée d'hommes (62.5%) et de personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle (72.8%). A nouveau, approximativement un quart des participants vivaient seuls (23.2%), peu reportaient être membre de l'Association Vaudoise du Diabète (AVD – 17.3%) et 81.0% des membres de l'AVD l'étaient déjà avant 2011. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le Tableau 4.

Tableau 4 Caractéristiques générales des participants

	Suivi 2014		Suivi 2013		Recrutement	
Age moyen (DS)	(n=339)	66.1 (10.4)	(n=395)	65.5 (10.8)	(n=519)	64.5 (11.3)
Femmes	(n=339)	37.5%	(n=395)	38.7%	(n=519)	40.3%
Activité professionnelle *	(n=335)		(n=380)		(n=503)	
Plein temps		17.3%		21.1%		23.7%
Temps partiel		9.9%		9.2%		8.4%
Retraité ou AI * **		66.6%		63.7%		-
Chômage *		1.8%		1.8%		-
En formation		0.6%		0.0%		0.6%
Femme/homme au foyer		3.9%		4.2%		4.6%
Vit seul à domicile	(n=336)	23.2%	(n=386)	25.7%	(n=516)	26.7%
Assurance ordinaire avec franchise	(n=330)	78.2%	(n=381)	76.4%	(n=511)	84.5%
Subventions assurance maladie	(n=334)		(n=385)		(n=515)	
Oui		16.7%		15.3%		16.3%
Non		82.4%		82.6%		82.1%
Ne sait pas		0.9%		2.1%		1.6%
Membre de l'AVD †	(n=335)	17.3%	(n=190)	32.1%	(n=516)	14.3%

- Données non disponibles.

* Les modalités de réponse à la question sur l'activité professionnelle ont été modifiées légèrement. Les modalités de réponses pour le recrutement et les pourcentages correspondants sont mentionnés ici : Retraité 45.9%, Chômage (ou AI) 6.2% et Rentier(ère) 10.7%.

** La modalité de réponse de « Retraité ou AI » a été scindée en deux pour le suivi 2014 (Retraité 60.9%, Invalidité 5.7%).

† Dans le questionnaire de suivi 2013, la question « Etes-vous membre de l'AVD » était précédée de la question filtre sur la connaissance de l'AVD, d'où un effectif de répondants plus restreint et un pourcentage plus élevé.

AVD : Association Vaudoise du Diabète ; DS : déviation standard ; PcD : Programme cantonal Diabète

4.2.2 Comparaison des patients participants et non-participants au suivi 2014

Afin d'évaluer de quelle manière les participants du suivi 2014 étaient différents de ceux n'ayant pas participé à ce suivi, nous avons comparé les caractéristiques, au moment du recrutement, de ces deux groupes de patients (339 participants et 180 non-participants). Ces comparaisons ont été faites pour les variables suivantes : âge, genre, nationalité, statut socioéconomique (éducation, formation, profession, revenu, état civil, nombre de personnes dans le ménage, lieu de résidence, assurance maladie et complémentaire, subventions), habitudes de vie (consommation d'alcool, tabac, activité physique, index de masse corporelle), santé générale (nombre de comorbidités, dépistage de la dépression, santé subjective), diabète (type et durée du diabète, traitement, nombre de complications), qualité de vie, utilisation des services de santé, satisfaction et évaluation de la prise en charge, information sur le diabète, difficultés de gestion du diabète, membre de l'AVD et connaissance du passeport diabète.

Globalement, ces comparaisons montrent que les participants et les non-participants au suivi 2014 étaient relativement semblables. Les variables pour lesquelles une différence statistiquement significative est présente sont reportées dans le Tableau 5. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution car la multiplicité des comparaisons effectuées rend inévitable l'apparition de différences statistiquement significatives dues au hasard.

Ainsi, le collectif des participants 2014 était légèrement plus jeune que celui de non-participants (13.6% vs 26.1% ≥ 75 ans), avait moins de femmes (37.5% vs 45.6%), comportait moins de personnes veuves (7.7% vs 18.0%) ou vivant seules à domiciles (22.2% vs 35.4%), et moins de personnes reportant un bas revenu (17.0% vs 29.5% revenu ménage < 3499 ./mois). Par ailleurs, les participants 2014 ont reporté avoir été moins souvent hospitalisés que les non-participants (24.3% vs 30.9%), avoir moins recouru à un professionnel de santé du CMS (94.6% vs 87.0% pas recouru) ou à une aide à domicile (96.4% vs 88.7% pas recouru), et présentaient un meilleur score pour la dimension physique de la qualité de vie générique (SF-12 PCS, 44.3 vs 41.7). Ils étaient également plus nombreux à être membres de l'AVD (17.9% vs 7.8%).

On observe également une tendance vers la participation de plus de patients avec un diabète de type 1 (13.3% vs 8.3%), et de moins de patients avec un diabète de longue date (45.1% vs 53.4% durée du diabète > 10 ans). Les participants au suivi 2014 ont également reporté une utilisation moindre des services de santé que les non-participants.

Ces différences sont compatibles avec le fait que les non-participants en 2014 faisaient partie des personnes plutôt âgées et en moins bonne santé.

Tableau 5 Comparaison des patients participants et non-participants au suivi 2014 : variable présentant des différences statistiquement significatives, au moment du recrutement

	Participants au suivi 2014		Non-participants au suivi 2014		P-value
Catégorie d'âges	(n=339)		(n=180)		0.002
<65 ans	48.7%		41.7%		
65-74 ans	37.8%		32.2%		
≥75 ans	13.6%		26.1%		
Etat civil	(n=338)		(n=178)		0.004
Célibataire	8.6%		7.9%		
Marié	67.5%		56.7%		
Séparé, divorcé	16.3%		17.4%		
Veuf	7.7%		18.0%		
Revenu	(n=323)		(n=163)		0.034
<3499	17.0%		29.5%		
3500-5499	28.5%		22.7%		
5500-9499	29.4%		24.5%		
>9500	18.0%		16.0%		
Ne sait pas	7.1%		7.4%		
Vit seul à domicile	(n=338)		(n=178)		0.001
Hospitalisation dans les 12 derniers mois	(n=334)		(n=172)		0.046
Jamais	75.8%		69.2%		
1 fois	19.5%		20.4%		
>1 fois	4.8%		10.5%		
Visite à domicile d'un professionnel de la santé du CMS	(n=336)		(n=177)		0.024
Oui, régulièrement	2.4%		6.2%		
Oui, provisoirement	2.7%		5.7%		
Non	94.6%		87.0%		
Ne sait pas	0.3%		1.1%		
Aide à domicile pour soulager dans les tâches quotidiennes	(n=335)		(n=177)		0.007
Oui, régulièrement	2.4%		6.2%		
Oui, provisoirement	0.9%		4.0%		
Non	96.4%		88.7%		
Ne sait pas	0.3%		1.1%		
Qualité de vie SF-12	(n=331)		(n=167)		0.0073
PCS	44.3 [43.2-45.4]	41.7 [39.9-43.4]			
Membre de l'AVD	(n=336)		(n=180)		0.007
Oui	17.9%		7.8%		
Non	80.7%		91.1%		
Ne sait pas	1.5%		1.1%		

Des tests du Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles. Des tests de Student ont été effectués pour les variables continues.

4.2.3 Habitudes de vie et état de santé

On n'observe pas de différence marquée d'habitude de vie (consommation de tabac, d'alcool, activité physique, indice de masse corporelle) ou d'état subjectif de santé entre le recrutement et le suivi 2014. Lors du suivi 2014, nous relevons brièvement que, comme précédemment, plus de 80% des participants étaient en surpoids ou obèses, que 18.0% fumaient activement et que 45.0% avaient une consommation d'alcool à risque. L'inactivité physique touchait par ailleurs toujours 30% du collectif. D'autre part, la majorité des participants estimait être en bonne, très bonne ou excellente santé (76.4%), et la proportion de patients reportant deux comorbidités ou plus étaient toujours de plus de 50% (53.8%). Ces résultats sont présentés dans le Tableau 6.

Tableau 6 Habitudes de vie et état de santé

	Suivi 2014		Suivi 2013	Recrutement	
	n	%	(n=395)	n	%
Santé subjective	(n=331)			(n=509)	
Excellente		1.2%	2.3%		2.0%
Très bonne		15.4%	13.5%		12.2%
Bonne		59.8%	61.8%		64.2%
Médiocre		20.2%	20.3%		17.3%
Mauvaise		3.3%	2.1%		4.3%
Tabagisme actif	(n=328)	18.0%	16.3%	(n=509)	17.3%
Indice de masse corporelle (kg/m²)	(n=324)			(n=481)	
Surpoids (IMC 25-29.9)		34.6%	33.9%		35.3%
Obésité (IMC ≥30)		46.3%	46.7%		46.8%
Activité physique *	(n=329)			(n=494)	
Inactifs **		31.3%	30.4%		29.8%
Actifs partiels †		17.3%	14.4%		15.8%
Actifs ††		51.4%	55.2%		54.5%
Consommation d'alcool	(n=327)			(n=484)	
Consommation à risque (AUDIT-C : hommes ≥4, femmes ≥3)		45.0%	45.6%		48.4%
Nombres de comorbidités §	(n=331)			(n=505)	
0		19.0%	18.2%		17.4%
1		27.2%	30.0%		26.9%
2		25.4%	27.9%		27.9%
≥3		28.4%	24.0%		27.7%
Screening positif pour la dépression	(n=333)	30.9%	-	(n=503)	30.6%

- Données non-disponibles.

* La question sur l'activité physique provient des enquêtes suisses sur la santé (ESS). Pour l'enquête de 2012, et suite aux modifications de recommandations sur l'activité physique, il n'y a plus que trois catégories considérées (inactifs, actifs partiels, actifs), alors que précédemment cinq catégories étaient considérées (inactifs, actifs partiels, actifs irréguliers, actifs réguliers, entraînés). Dans la nouvelle catégorisation, les trois catégories des plus actifs ont été condensées en une seule catégorie. Nous avons décidé de présenter les données avec la nouvelle catégorisation.

** Inactifs : par semaine <30 minutes d'activité physique modérée et <1 fois une activité intense.

† Partiellement actifs : par semaine 30-149 minutes d'activité physique modérée ou 1 fois une activité intense.

†† Actifs : par semaine ≥150 minutes d'activité physique modérée ou ≥2 fois une activité intense.

§ Liste des comorbidités décrites dans le questionnaire : insuffisance cardiaque, maladie des valves ou du muscle cardiaque ; maladie pulmonaire chronique (asthme, bronchite chronique, emphysème, etc.) ; ostéoporose ; arthrose ou arthrite ; cancer, tumeur maligne,

lymphome (excepté cancer de la peau) ; ulcère de l'estomac, duodénum ; dépression ; maladie de Parkinson ; hypertension artérielle (pression / tension artérielle trop élevée) ; cholestérol élevé dans le sang (graisses) ; autre maladie chronique (si plusieurs autres maladies chroniques sont reportées, une seule comorbidité supplémentaire est considérée dans le score de comorbidités).
 IMC : indice de masse corporelle ; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders and Identification Test-Consumption (questionnaire de consommation d'alcool)

4.2.4 Description du diabète

Une large majorité des participants du suivi 2014 avait un diabète de type 2 (83.8%, Tableau 7), les répartitions par type de diabète restant relativement constantes au cours du temps. La plus grande partie du collectif est traitée par antidiabétique oral seul (43.6%) ; les traitements par antidiabétique oral et insuline (22.4%) ou insuline seule (22.1%) viennent ensuite. Etant donné que la question du traitement antidiabétique a été adaptée à partir du suivi 2013 (ajout de la modalité « injection autre qu'insuline » et de la possibilité de réponses multiples), il est difficile de comparer les résultats 2014 à ceux du recrutement.

Par ailleurs, une majorité de participants (79.8%) reportaient ne pas avoir développé de complications liées au diabète durant les 12 derniers mois, et celles le plus fréquemment expérimentées étaient les problèmes de vue (6.4%) et une intervention sur les artères du cœur (5.5%). La question sur les complications liées au diabète ayant également été modifiée en 2014, avec la spécification d'une limite de temps au 12 derniers mois, la comparaison avec les données du recrutement n'est pas appropriée.

Tableau 7 Caractéristiques du diabète

	Suivi 2014		Suivi 2013	Recrutement	
	n	%	(n=395)	n	%
Type de diabète	(n=339)			(n=519)	
Type 1		13.3%	11.9%		11.6%
Type 2		83.8%	84.8%		84.6%
Autre		3.0%	3.3%		3.9%
Traitement	(n=335)			(n=517)	
Antidiabétique oral (ADO)		43.6%	45.6%		50.7%
Insuline		22.1%	20.2%		21.7%
Autre injection que de l'insuline		0.3%	0.8%		-
ADO et insuline		22.4%	22.0%		27.1%
ADO et autre injection que de l'insuline		3.3%	4.2%		-
Insuline et autre injection		3.3%	1.8%		-
ADO, insuline et autre injection		3.3%	4.4%		-
Aucun/ne sait pas		1.2%	1.0%		0.6%
Complications liées au diabète (12 mois) *	(n=326)				
Infarctus, crise cardiaque, angine de poitrine		3.1%			
Intervention sur les artères du coeur		5.5%			
Accident vasculaire cérébral (AVC)		0.3%			

Problèmes de vue (atteinte de la rétine, y compris traitement laser)	6.4%
Problème de reins nécessitant des dialyses régulières	0.3%
Problème de reins nécessitant une greffe rénale	0.0%
Ulcères ou plaies des pieds	3.7%
Amputation de membre inférieur	0.6%
Revascularisation de membre inférieur	2.8%
Hypoglycémie(s) sévère(s)	2.8%
Nombre de complications reportées (12 mois)	
0 complication	79.8%
1 complication	16.3%
2 complications	3.1%
≥3 complications	0.9%

* Plusieurs réponses possibles.

4.3 Réalités psychosociales de la vie avec le diabète et de sa prise en charge

Cette année, un accent spécial a été mis sur l'exploration des réalités psychosociales liées au diabète. Nous avons ainsi repris une partie des questionnaires utilisés dans l'étude DAWN2 (Diabetes Attitudes Wishes and Needs), une étude internationale ayant abordé cette thématique en mettant en avant les souhaits et besoins liés au diabète. Cette reprise nous permettait par ailleurs de comparer les résultats vaudois à des résultats internationaux (Annexe 5 et Annexe 6).

Les résultats des questionnaires investiguant ces aspects psychosociaux, utilisés également dans l'étude DAWN2, sont présentés dans les Tableau 8 à Tableau 10.

DES-SF (Diabetes Empowerment Scale-Short Form)

Les résultats du questionnaire DES-SF montrent un score global à 4.0, ce qui représente un bon niveau d'autonomisation des patients, l'échelle de score allant de 1 pour le score minimal à 5 pour le score maximal (Tableau 8). Tandis que les patients reportaient le plus grand niveau d'auto-efficacité quand il s'agissait de se connaître suffisamment pour prendre les bonnes décisions quant à la prise en charge de leur diabète (score de 4.3), ainsi que d'avoir des objectifs réalisable et de savoir ce qui les aide à rester motivé pour faire face au diabète (score de 4.2 dans les deux cas), les plus faibles niveaux d'auto-efficacité étaient reportés pour le fait d'essayer de surmonter les obstacles permettant au patient d'atteindre ses objectif (score de 3.9) et pour les aspects de la prise en charge du patient qui ne le satisfont pas (score de 3.5). Cette dernière question était la seule comprenant une négation. Elle pourrait, de ce fait, être plus difficile à comprendre ou poser des problèmes dans le choix de la réponse sur l'échelle proposée.

Tableau 8 **Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF)**

	Suivi 2014		
	n	Score	IC95%
Score global (basé sur la moyenne des 8 questions) *	(n=330)	4.0	[3.9-4.1]
Questions individuelles (échelle de réponses de 1 à 5) *			
De manière générale, je pense que :			
1. ...je sais quel(s) aspect(s) de la prise en charge de mon diabète ne me satisfont pas.	(n=315)	3.5	[3.4-3.7]
2. ...je suis capable de faire en sorte que mes objectifs pour faire face au diabète deviennent réalisables.	(n=326)	4.2	[4.1-4.3]
3. ...je peux essayer différentes manières de surmonter les obstacles m'empêchant d'atteindre les objectifs fixés pour mon diabète.	(n=322)	3.9	[3.8-4.0]
4. ...j'arrive à trouver des moyens pour me sentir mieux par rapport à mon diabète.	(n=328)	4.1	[4.0-4.2]
5. ...je sais comment réagir positivement au stress provoqué par le diabète.	(n=326)	4.0	[3.9-4.1]
6. ...je peux demander, quand j'en ai besoin, du soutien et de l'aide par rapport à ma condition et aux soins que demande mon diabète.	(n=322)	4.1	[4.0-4.2]
7. ...je sais ce qui m'aide à rester motivé(e) pour prendre soin de mon diabète.	(n=325)	4.2	[4.1-4.3]
8. ...je me connais suffisamment bien pour savoir quels choix concernant la prise en charge de mon diabète me conviennent le mieux.	(n=324)	4.3	[4.2-4.4]

* Les scores vont de 1 à 5 (1=pas du tout d'accord à 5=tout à fait d'accord). Un score plus élevé dénotant une meilleure auto-efficacité liée au diabète.

PAID-5 (Problem Areas in Diabetes Questionnaire - 5 items)

Le score global du questionnaire PAID-5 est très bas (score de 5.3 ; échelle allant de 1 pour le score minimal à 20 pour le score maximal), ce qui dénote une détresse émotionnelle faible face au diabète, un score global égal ou supérieur à 8 étant considéré comme un indicateur d'une détresse émotionnelle élevée. Au niveau des questions individuelles (score de 0 à 4), l'inquiétude la plus importante des participants concernait l'avenir et la possibilité de complications graves (score de 1.4). De façon intéressante, un quart des participants ont reporté ne faire face à aucun des cinq problèmes du diabète investigués par le PAID-5, et 31.0% avaient obtenu un score égal ou supérieur à 8 indiquant un niveau élevé de détresse émotionnelle liée au diabète.

Tableau 9 Problem Areas in Diabetes Questionnaire, 5 items (PAID-5)

	Suivi 2014		
	n	Score	IC95%
Score global (basé sur l'addition des 5 questions, score allant de 0 à 20) *	(n=332)	5.2	[4.7-5.8]
Questions individuelles (échelle de réponses de 0 à 4)			
Quels problèmes du diabète vous concernent actuellement ?			
1. Avoir peur lorsque vous pensez à comment vivre avec le diabète	(n=331)	0.9	[0.8-1.0]
2. Se sentir déprimé(e) lorsque vous pensez à comment vivre avec le diabète	(n=331)	0.7	[0.6-0.9]
3. Etre inquiet quant à l'avenir et à la possibilité de complications graves	(n=330)	1.4	[1.3-1.6]
4. Avoir le sentiment que le diabète vous demande trop d'énergie mentale et physique au quotidien	(n=329)	0.9	[0.8-1.0]
5. Faire face et réagir aux complications du diabète	(n=328)	1.2	[1.1-1.4]

* Les scores pour les questions individuelles vont de 0 à 4, et le score global de 0 à 20 (addition des scores des 5 questions). Un score ≥ 8 reflète une détresse émotionnelle élevée.

SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activities)

Le questionnaire d'autogestion du diabète, SDSCA, permet d'observer à quelle fréquence les participants pratiquent certaines activités d'autogestion du diabète, sur une échelle de 0 à 7 jours (Tableau 10). Les patients reportaient faire preuve d'une bonne assiduité quand il s'agissait de la prise régulière de leurs médicaments antidiabétiques (score de 6.9) et de l'alimentation, avec un score plus élevé pour l'alimentation générale (score de 5.3) que pour l'alimentation spécifique (score de 4.0). Les patients reportaient par ailleurs tester leur glycémie en moyenne 4.2 jours par semaine (score global de la dimension), avec les diabétiques de type 1 reportant tester leur glycémie plus souvent que les diabétiques de type 2 ou d'un autre type (scores de 6.5, 3.8 et 5.7, respectivement). Les activités d'autogestion récoltant les moins bons scores étaient celles liées aux soins des pieds et à l'activité physique, le moins bon score étant trouvé pour l'examen de l'intérieur des souliers (score de 1.9) et pour la participation à une session d'exercice physique en dehors du travail et des tâches quotidiennes (score de 2.1). Globalement, les dimensions d'activité physique et de soins des pieds de base remportaient les moins bons scores (score global de 2.9 pour les deux dimensions), ce qui reflète une plus grande difficulté d'auto-efficacité dans les activités y relatives. Le mauvais score de la dimension d'activité physique est cohérent avec le fait que 30% des patients sont considérés comme étant inactifs (Tableau 6).

Tableau 10 Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)

(échelle de réponse de 0 à 7) *	Suivi 2014		
	n	Score	IC95%
Alimentation			
1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez eu une alimentation saine et équilibrée.	(n=323)	5.3	[5.1-5.5]
2. En moyenne, dans le dernier mois, indiquez le nombre de JOURS PAR SEMAINE où vous avez eu une alimentation saine et équilibrée.	(n=322)	5.3	[5.1-5.5]
3. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez mangé au moins cinq portions de fruits et/ou de légumes.	(n=323)	4.6	[4.4-4.9]
4. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez mangé des produits riches en matières grasses, comme de la viande rouge ou des produits laitiers riches en matières grasses. **	(n=324)	3.4	[3.2-3.6]
5. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez réparti votre apport glucidique également durant la journée.	(n=305)	3.9	[3.6-4.1]
Score alimentation générale (moyenne questions 1 et 2)	(n=326)	5.3	[5.2-5.5]
Score alimentation spécifique (moyenne questions 3 et 4)	(n=327)	4.0	[3.9-4.2]
Activité physique			
1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez pratiqué une activité physique pendant au moins 30 minutes (nombre total de minutes d'activité physique continue, incluant la marche).	(n=325)	3.7	[3.4-3.9]
2. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez participé à une session d'exercice déterminée (comme la natation, la marche, la bicyclette) autre que l'exercice pratiqué dans le cadre de vos activités quotidiennes à la maison ou au travail.	(n=323)	2.1	[1.8-2.4]
Score d'activité physique (moyenne questions 1 et 2)	(n=326)	2.9	[2.7-3.1]
Test du taux de glycémie			
1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez testé votre glycémie	(n=332)	4.4	[4.1-4.7]
2. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez testé votre glycémie le nombre de fois recommandé par un professionnel de la santé.	(n=311)	4.1	[3.7-4.4]
Score test taux de glycémie (moyenne questions 1 et 2)	(n=332)	4.2	[3.9-4.5]
Soins des pieds			
1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez examiné vos pieds.	(n=328)	4.0	[3.7-4.3]
2. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez examiné l'intérieur de vos souliers.	(n=324)	1.9	[1.6-2.1]
3. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez lavé vos pieds.	(n=331)	6.1	[6.0-6.3]
4. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez fait un bain de pieds. **	(n=325)	5.3	[5.1-5.6]
5. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez essuyé vos pieds entre les orteils après les avoir lavés.	(n=331)	5.4	[5.1-5.6]
Score soins des pieds de base (moyenne questions 1 et 2)	(n=329)	2.9	[2.7-3.2]
Score soins de pieds (moyenne questions 1 à 5)	(n=332)	4.6	[4.4-4.7]

Médication

1. Au cours des 7 DERNIERS JOURS, indiquez le nombre de jours où vous avez pris les médicaments recommandés pour le traitement de votre diabète (comprimés et/ou insuline et/ou autre injection).	(n=334)	6.9	[6.8-7.0]
---	---------	-----	-----------

* Les scores vont de 0 à 7, en fonction du nombre de jours où le patient a effectué les activités décrites. Il n'y a pas de score global, mais un score pour chaque dimension individuelle.

** Le score est inversé pour cette question, car faire cela est « négatif » pour une personne diabétique.

Renoncement aux soins et précarité financière

Dans cette section liée aux aspects psycho-sociaux du diabète, nous avons aussi inclus les résultats provenant des questions concernant le renoncement aux soins. Ces derniers nous montrent que 15% des participants ont reporté avoir renoncé à des soins en raison du prix à payer, résultat stable par rapport aux données du recrutement (Tableau 11). Parmi les 50 patients qui ont renoncé à des soins, 26 ont renoncé à des soins dentaires, et 18 à une consultation de podologie. Par ailleurs, très peu de participants (n= 16, 5%) ont reporté avoir renoncé à des soins pour une raison autre que le prix ; dans ce cas, la raison principalement évoquée était la peur des effets secondaires (n=8).

La question concernant le dépistage de la précarité financière met elle en lumière le fait que 20% des participants reportait avoir eu des problèmes financiers.

Tableau 11 Renoncement aux soins et précarité financière *

	Suivi 2014		Recrutement	
	n	%	n	%
Renoncement aux soins à cause du prix à payer	(n=333)		(n=506)	
Oui		15.0%		15.6%
Non		83.5%		83.8%
Ne sait pas		1.5%		0.6%
Renoncement pour d'autres raisons que le prix à payer	(n=320)		-	
Oui		5.0%		-
Non		93.1%		-
Ne sait pas		1.9%		-
Précarité financière	(n=329)		-	
Oui		19.5%		-
Non		80.6%		-

* La question de renoncement aux soins à cause du prix à payer était présente au recrutement et au suivi 2014, pas au suivi 2013. Les questions concernant le renoncement pour d'autres raisons que le prix et la précarité financière n'étaient présentes qu'en 2014.

Ces patients reportant avoir eu des problèmes à régler leurs factures sont aussi plus nombreux à reporter avoir renoncé à des soins en raison de leur coût (Tableau 12).

Tableau 12 Précarité financière par renoncement aux soins à cause du prix

Précarité financière	Renoncement aux soins à cause du prix		
	Oui	Non	Ne sait pas
Oui	42.2% (n=27)	54.7% (n=35)	3.1% (n=2)
Non	7.6% (n=20)	91.2% (n=239)	1.15% (n=3)

4.4 Compétence en matière de santé (Health literacy)

Pour la 2^{ème} année consécutive, les compétences en matière de santé ont été mesurées. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 13, pour les suivis 2013 et 2014. Les résultats montrent qu'en 2014, 68.2%, 27.9% et 3.9% des participants reportait un haut (jamais de problèmes de compréhension), un moyen (occasionnellement ou parfois des problèmes de compréhension) et bas niveau (souvent ou toujours des problèmes de compréhension) de compétence en matière de santé, respectivement. Par rapport à 2013, nous observons une plus grande proportion de patients reportant un haut niveau de littéracie en santé (68.2% vs 52.5%).

Tableau 13 Compétence en matière de santé (Health literacy) : fréquence des problèmes de compréhension

	Suivi 2014		Suivi 2013	
	n	%	n	%
Lorsque vous obtenez une information écrite à propos d'un traitement médical ou de votre état de santé, rencontrez-vous des problèmes de compréhension ?	(n=330)		(n=381)	
Jamais		68.2%		52.5%
Occasionnellement		16.7%		21.3%
Parfois		11.2%		19.4%
Souvent		1.8%		4.7%
Toujours		2.1%		2.1%

4.5 Indicateurs de processus

4.5.1 Critères de jugement primaires : Indicateur de processus durant les 12 derniers mois

Les résultats des indicateurs de processus sont restés globalement stables depuis le recrutement en 2011-12 (Tableau 14). Tandis que les résultats des processus reflétant des activités de laboratoire (HbA1C et lipides) et des contrôles effectués chez tout patient ambulatoire (mesure du poids et de la tension artérielle) sont restés très bons (>90% des patients ont eu au moins un contrôle durant l'année), ceux plus spécifiques à la prise en charge du diabète sont restés bas avec seulement 2/3 des patients qui reportaient les avoir eu durant les 12 derniers mois (contrôle annuel des pieds, de la microalbuminurie, vaccination grippale). Notons par ailleurs qu'environ 1/4 des patients disent avoir refusé la vaccination grippale, et que tant le contrôle annuel des yeux que le contrôle des yeux sur une période de deux ans ont été plus souvent reportés avoir été faits au suivi 2014 (70.4% et 85.9%, respectivement) qu'au recrutement (58.2% et 66.1%, respectivement).

Tableau 14 Critères de jugement primaires : Indicateurs de processus (12 derniers mois)

	Suivi 2014			Suivi 2013 Recrutement	
	n	%	[IC 95%]	(n=395)	n %
Contrôle HbA1C (parmi les patients connaissant l'HbA1C)	(n=265)				(n=282)
1 x		12.1%	[8.1% -16.0%]	13.7%	14.7%
≥2 x		84.2%	[79.7% -88.6%]	82.6%	83.6%
Non		3.4%	[1.2% -5.6%]	2.0%	1.1%
Ne sait pas		0.4%	[-0.4% -1.1%]	0.5%	0.8%
Contrôle chez l'ophtalmologue	(n=328)				(n=511)
<1 an		70.4%	[65.5% -75.4%]	71.6%	58.2%
1-2 ans		15.5%	[11.6% -19.5%]	13.8%	17.9%
>2 ans		7.0%	[4.2% -9.8%]	8.8%	12.5%
Jamais		4.9%	[2.5% -7.2%]	4.6%	9.5%
Ne sait pas		2.1%	[0.6% -3.7%]	1.5%	1.5%
Contrôle des lipides	(n=327)				(n=513)
Oui		94.2%	[91.6% -96.7%]	92.1%	94.1%
Non		4.3%	[2.1% -6.5%]	5.7%	3.2%
Ne sait pas		1.5%	[0.2% -2.9%]	2.2%	2.4%
Contrôle des pieds effectué par un professionnel de santé	(n=322)				(n=506)
Oui		61.8%	[56.5% -67.1%]	58.1%	68.2%
Non		36.3%	[31.1% -41.6%]	41.6%	31.8%
Ne sait pas		1.9%	[0.4% -3.3%]	0.3%	0.0%

Contrôle des urines (microalbuminurie)	(n=328)			(n=512)
Oui	67.4%	[62.3% -72.5%]	73.5%	64.5%
Non	22.6%	[18.0% -27.1%]	17.1%	21.6%
Ne sait pas	10.1%	[6.8% -13.3%]	9.1%	14.6%
Contrôle de la tension artérielle	(n=333)			(n=509)
1 x	13.2%	[9.6% -16.9%]	9.8%	12.6%
2-3 x	36.3%	[31.1% -41.5%]	41.7%	41.7%
≥4 x	48.3%	[43.0% -53.7%]	46.7%	43.4%
Non	1.5%	[0.2% -2.8%]	1.3%	1.8%
Ne sait pas	0.6%	[-0.2% -1.4%]	0.5%	0.9%
Contrôle du poids	(n=332)			(n=507)
Oui	91.9%	[88.9% -94.8%]	90.9%	93.4%
Non	7.5%	[4.7% -10.4%]	8.9%	6.2%
Ne sait pas	0.6%	[-0.2% -1.4%]	2.6%	0.4%
Vaccination grippale	(n=331)			(n=514)
Oui	63.4%	[58.2% -68.7%]	61.9%	63.5%
Non, proposé mais refusé	23.3%	[18.7% -27.8%]	22.8%	36.4% [§]
Non, proposé mais vaccin non disponible *	0.9%	[-0.1% -1.9%]	-	-
Non, pas proposé **	12.4%	[8.8% -16.0%]	13.7%	-
Ne sait pas	0.0%	[0.0% -0.0%]	0.8%	0.2%

- Données non disponibles.

* Modalité de réponse ajoutée au questionnaire de suivi 2014.

** Modalité de réponse ajoutée à partir du questionnaire de suivi 2013.

4.5.2 Autres indicateurs de processus

Les modifications des questions sur la participation à un cours d'éducation thérapeutique et les recommandations de cessation tabagique ne permettent pas de comparer les résultats obtenus lors du suivi 2014 et ceux obtenus au recrutement ou au suivi 2013. Nous pouvons toutefois noter qu'au suivi 2014, moins d'un patient sur vingt avait participé à un cours durant les 12 derniers mois, alors qu'un tiers environ des patients de la cohorte n'avait jamais participé à de tels cours auparavant. Par ailleurs, parmi les 59 patients fumant actuellement, 26 (44%) n'avaient pas reçu de recommandation de cessation tabagique au cours des 12 derniers mois. Ces résultats sont détaillés dans le Tableau 15.

Tableau 15 Autres indicateurs de processus (12 derniers mois)

	Suivi 2014		Suivi 2013	Recrutement	
	n	%	(n=395)	n	%
Recommandation de cessation tabagique *	(n=328)			(n=509)	
Non fumeur ou fumeur actuel qui a reçu des recommandations		92.1%	94.7%		94.9%
Fumeur actuel sans recommandations		7.9%	5.3%		5.1%
Participation à un cours sur la gestion du diabète *	(n=332)			(n=507)	
Oui		4.8%	32.2%		32.8%
Non		95.2%	67.6%		67.1%
Ne sait pas		0.0%	0.3%		0.2%

* Dans le questionnaire de suivi 2014, les questions de recommandation de cessation tabagique et de participation à un cours sur la gestion du diabète ont été modifiées et ne couvrent plus que les 12 derniers mois. Précédemment, ces questions n'étaient pas limitées dans le temps.

4.5.3 Utilisation des services de santé

La participation aux questions sur l'utilisation des services de santé a été meilleure au suivi 2014 qu'au recrutement, avec un plus faible pourcentage de patients n'ayant pas répondu aux différentes questions. L'entièreté des résultats est présentée dans le Tableau 16.

Les résultats montrent qu'une proportion un peu plus grande de patients reportaient n'avoir pas consulté le médecin de famille, interniste, généraliste durant les 12 derniers mois (10.2% en 2014, 6.3% au recrutement) et qu'une plus grande proportion de patients reportaient également ne pas avoir consulté un médecin diabétologue durant cette même période (44.3% vs 35.6%). Nous constatons aussi une légère augmentation de la proportion des patients n'ayant consulté aucun de ces deux types de médecins dans les 12 derniers mois, au suivi 2014 comparé au recrutement (5.6% vs 2.7%, Tableau 17). Le pourcentage de patients ayant consulté les deux types de médecins augmentait par ailleurs légèrement aussi en 2014 (34.8% vs 29.5%). Le Tableau 17 a été construit en considérant le scénario du pire, c'est-à-dire en considérant les non-réponses comme des non-consultations. En considérant les non-réponses comme des données manquantes, la proportion de consultations des deux types de médecins passerait à 44.2% au suivi 2014 et à 51.7% au recrutement, alors que la proportion de patients n'ayant consulté aucun des deux types de médecins chuterait (1.5% au suivi 2014 et 1.4% au recrutement).

Parmi les patients qui ont répondu aux questions concernant les professionnels de santé autre que médecin, une plus grande proportion, en 2014 qu'au recrutement, a reporté ne pas les avoir consultés. Ceci était le cas notamment pour les infirmiers(ères) en diabétologie (86.1% en 2014, 79.7% au recrutement) et les diététiciens(nes) (88.9% en 2014, 75.5% au recrutement), mais pas les podologues et la catégorie « autre professionnel de santé » (Tableau 16). Une proportion plus importante de patients reportant n'avoir jamais consulté de dentistes (32.4% en 2014, 6.3% en 2013), tandis qu'entre 2013 et 2014, les proportions sont restées stables en ce qui concerne les visites chez les physiothérapeutes, et ont augmenté pour les consultations à la pharmacie avec ou sans contact avec le pharmacien.

Ces discrets changements d'utilisation des services ambulatoires ne se sont pas accompagnés de modifications importantes de proportion de patients ayant consulté en urgence ou sans rendez-vous, ou de proportion de patients ayant été hospitalisés durant les 12 derniers mois.

Les résultats des questions portant sur l'aide, les soins et les repas à domicile sont restés très stables, avec toujours une grande majorité des participants qui reportaient ne pas y avoir recouru.

Tableau 16 Utilisation des services de santé durant les 12 derniers mois

	Suivi 2014		Suivi 2013	Recrutement	
	n	%	(n=395)	n	%
Visite chez le médecin de famille, interniste, généraliste	(n=314)			(n=473)	
1 x		15.0%	12.1%		12.9%
2-3 x		35.7%	39.5%		38.3%
≥ 4 x		39.2%	41.1%		42.5%
Jamais		10.2%	7.3%		6.3%
Visite chez le médecin diabétologue	(n=280)			(n=334)	
1 x		5.7%	9.0%		12.3%
2-3 x		30.0%	23.2%		28.7%
≥ 4 x		20.0%	22.2%		23.4%
Jamais		44.3%	45.7%		35.6%
Visite chez l'infirmier(ère) en diabétologie	(n=252)			(n=266)	
1 x		4.8%	6.3%		9.4%
2-3 x		4.8%	4.2%		4.5%
≥ 4 x		4.4%	4.9%		6.4%
Jamais		86.1%	84.6%		79.7%
Visite chez le(a) diététicien(ne)	(n=252)			(n=269)	
1 x		5.2%	12.0%		13.0%
2-3 x		4.4%	3.8%		6.0%
≥ 4 x		1.6%	2.8%		5.6%
Jamais		88.9%	81.4%		75.5%
Visite chez le(la) podologue	(n=278)			(n=299)	
1 x		7.9%	9.1%		12.0%
2-3 x		11.9%	9.4%		11.4%
≥ 4 x		17.3%	18.1%		14.4%
Jamais		63.0%	63.4%		62.2%
Visite chez le(la) pharmacien(ne)	(n=271)			-	
1 x		6.3%	8.9%		-
2-3 x		13.3%	12.9%		-
≥ 4 x		34.7%	21.9%		-
Jamais		45.8%	56.3%		-

Visite dans une pharmacie sans contact avec le(la) pharmacien(ne)	(n=260)			-
1 x		1.9%	2.1%	-
2-3 x		11.9%	9.3%	-
≥ 4 x		38.1%	19.6%	-
Jamais		48.1%	68.9%	-
Visite chez le physiothérapeute	(n=272)			-
1 x		7.4%	7.4%	-
2-3 x		7.4%	10.8%	-
≥ 4 x		23.2%	19.2%	-
Jamais		62.1%	62.6%	-
Visite chez le dentiste	(n=299)			-
1 x		29.1%	37.0%	-
2-3 x		32.8%	30.4%	-
≥ 4 x		5.7%	5.7%	-
Jamais		32.4%	26.9%	-
Visite chez un(e) autre professionnel(e) de santé	(n=238)			-
1 x		8.8%	11.0%	-
2-3 x		12.6%	14.8%	-
≥ 4 x		9.2%	8.7%	-
Jamais		69.3%	65.5%	-
Hospitalisations	(n=321)			(n=506)
1 x		19.6%	19.4%	19.8%
≥ 2 x		7.2%	5.3%	6.7%
Jamais		73.2%	75.3%	73.5%
Consultation en urgence, sans rendez-vous	(n=321)			(n=513)
1 x		14.0%	16.5%	18.5%
2-3 x		7.5%	10.3%	8.8%
≥ 4 x		3.1%	3.9%	1.4%
Jamais		75.4%	69.3%	71.4%
Visite à domicile d'un professionnel de la santé du CMS	(n=331)			(n=513)
Oui, régulièrement		6.3%	5.2%	3.7%
Oui, provisoirement		3.3%	3.9%	3.7%
Non		89.7%	90.1%	92.0%
Je ne sais pas		0.6%	0.8%	0.6%
Aide à domicile pour soulager dans les tâches quotidiennes	(n=331)			(n=512)
Oui, régulièrement		3.9%	3.9%	3.7%
Oui, provisoirement		2.1%	1.6%	2.0%
Non		93.4%	94.6%	93.8%
Je ne sais pas		0.6%	0.0%	0.6%

Livraison des repas à domicile (par le CMS ou un autre prestataire)	(n=332)			
Oui, régulièrement		0.3%	-	-
Oui, provisoirement		1.5%	-	-
Non		97.3%	-	-
Je ne sais pas		0.9%	-	-

- Données non disponibles.

Tableau 17 Répartition des visites chez le médecin de famille, interniste, généraliste et chez le médecin diabétologue (Suivi 2014 n=339, Recrutement n=519)

	Pas de consultation chez le médecin diabétologue *		≥1 consultation chez le médecin diabétologue	
	Suivi 2014	Recrutement	Suivi 2014	Recrutement
Pas de consultation chez le médecin de famille, interniste, généraliste *	5.6% (n=19)	2.7% (n=14)	11.2% (n=38)	12.0% (n=62)
≥1 consultation chez le médecin de famille, interniste, généraliste	48.4% (n=164)	55.9% (n=290)	34.8% (n=118)	29.5% (n=153)

* Les patients n'ayant pas répondu à l'une ou l'autre de ces deux questions sont considérés comme n'ayant pas été en consultation chez le médecin de famille, interniste, généraliste ou chez le médecin diabétologue, respectivement.

Suite à la proportion relativement élevée de patients reportant, lors du suivi 2013, n'être jamais allé en pharmacie, que ce soit avec ou sans contact avec le pharmacien (49.1%), nous avons décidé d'investiguer, en 2014, les raisons du non-passage à la pharmacie en ajoutant une question à ce sujet. Les résultats de cette question sont reportés dans le Tableau 18. La raison principale évoquée était le fait que quelqu'un se rend à la pharmacie à la place du patient. Venaient ensuite les « autres raisons » ainsi que la livraison de médicaments à domicile. Personne n'a reporté commander ses médicaments par internet.

Vingt-trois patients ont indiqué une « autre raison » de non consultation à la pharmacie : 22 participants disaient se rendre eux-mêmes à la pharmacie mais apparemment ne considéraient pas cela comme une consultation, et un patient a précisé « par téléphone », sans que l'on ne puisse comprendre en quoi cela consistait exactement.

Tableau 18 Investigation de la non consultation du pharmacien ou de la pharmacie (n=73)*, **

	Suivi 2014
	n
Quelqu'un se rend à la pharmacie pour le patient (conjoint, famille, ami,...)	32
Livraison des médicaments à domicile	15
Achat des médicaments sur internet	0
Le médecin fournit les médicaments	3
Autre raison	24

* Pour les patients ayant répondu négativement aux deux questions de consultation à la pharmacie et/ou n'y ayant pas répondu.

** Cette question pouvait avoir plusieurs réponses ; deux patients ont donné des réponses multiples. Le premier a reporté que quelqu'un s'y rendait pour lui et une raison autre, le second a reporté que quelqu'un s'y rendait pour lui et qu'il se faisait livrer ses médicaments à domicile.

Principal prestataire de soin

Lors du suivi 2014, nous avons demandé aux patients de nous indiquer quels professionnels de santé ils/elles consultaient principalement i) pour leurs problèmes de diabète et ii) pour leurs autres problèmes de santé. Parmi une liste de professionnels proposés, c'étaient les médecins de famille, internistes, généralistes qui arrivaient en tête (56.8%), suivis des médecins endocrinologues-diabétologues (40.6%), pour les problèmes de diabète, et les médecins de famille, internistes, généralistes dans la très grande majorité des cas (84.3%) pour les problèmes autres que le diabète (Tableau 19).

Tableau 19 Principal prestataire de soins

	n *	%
Principal prestataire de soin pour les problèmes de diabète **	(n=315)	
Un médecin de famille, interniste, généraliste		56.8%
Un médecin endocrinologue-diabétologue		40.6%
Une infirmière spécialisée en diabétologie		1.9%
Autre		0.6%
Principal prestataire de soin pour les problèmes autre que le diabète **	(n=300)	
Un médecin de famille, interniste, généraliste		84.3%
Un médecin endocrinologue-diabétologue		7.7%
Une infirmière indépendante ou du CMS		0.7%
Un pharmacien		0.0%
Pas de professionnel de référence		3.0%
Autre		4.3%

* Nombre de patients ayant répondu correctement aux questions, c'est-à-dire n'ayant donné qu'une seule réponse aux questions.

** Ces questions ne pouvaient avoir qu'une seule réponse. Certains patients (n= 49) ont reporté plusieurs réponses pour l'une ou l'autre de ces deux questions, dont 6 pour les deux questions ; dans ce cas de figure, les résultats n'ont pas pu être utilisés.

4.6 Indicateurs de résultats

4.6.1 Critères de jugement primaires : HbA1C et qualité de vie

Tandis qu'un pourcentage toujours plus important de patients reportait connaître l'HbA1C (80.1% en 2014 et 58.4% au recrutement, Tableau 20), la valeur moyenne d'HbA1C est restée stable entre le recrutement et le suivi 2014 (7.3%).

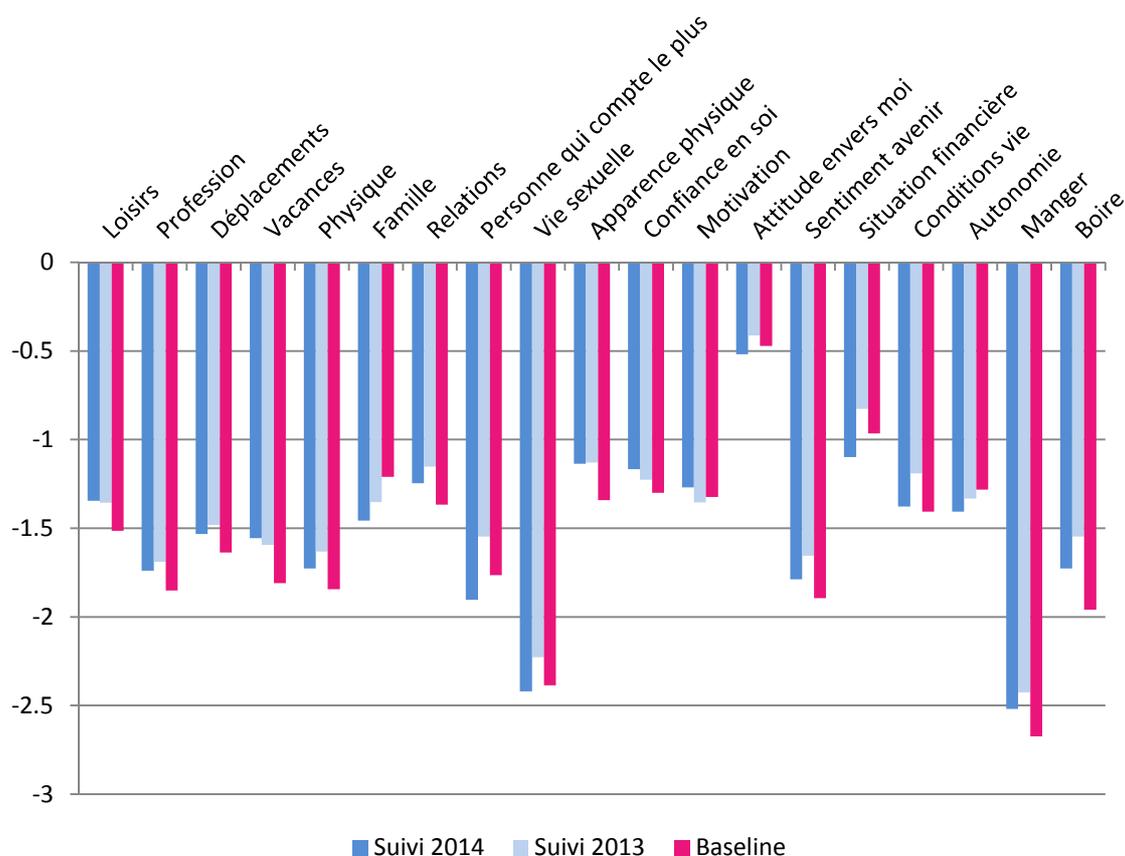
Les scores de qualité de vie sont aussi restés aux mêmes valeurs entre le recrutement et le suivi 2014, que ce soit pour les deux dimensions de la qualité de vie générique (SF-12) ou pour le score global de la qualité de vie spécifique au diabète telle que mesurée par l'ADDQoL (Tableau 20). Si les résultats des 19 dimensions de l'ADDQoL tendaient, pour la majorité des dimensions, vers une amélioration en 2013 par rapport au recrutement, cette amélioration n'a pas été confirmée au suivi 2014. En effet, pour la plupart des dimensions, le score se péjorait par rapport au suivi 2013 pour se rapprocher du score au recrutement, avec quelques dimensions qui présentaient même un score moins bon qu'au recrutement, par exemple pour la dimension relative à la personne qui compte le plus ou à celle de la vie sexuelle, parmi d'autres. Malgré les différences observées, les deux dimensions affectant le plus les patients restaient « la liberté de manger comme le patient le désire » et « la vie sexuelle ». Les résultats détaillés des 19 dimensions de l'ADDQoL sont présentés dans la Figure 3.

Tableau 20 Critères de jugements primaires : HbA1C, qualité de vie

	Suivi 2014		Suivi 2013	Recrutement	
	n	% [IC 95%]		n	% [IC 95%]
HbA1C					
Connaissance de l'HbA1C	(n=332)			(n=485)	
Oui		80.1%	79.1%		58.4%
Non		13.0%	14.1%		33.2%
Ne sait pas		6.9%	6.8%		8.5%
Valeur HbA1C * (moyenne en %)	(n=174)	7.3 [7.2-7.5]	7.2 [7.0 - 7.3]	(n=177)	7.3 [7.2-7.5]
Catégories de valeur HbA1C	(n=174)			(n=177)	
≤7%		42.0%	50.0%		40.9%
7.1%-8%		39.1%	35.1%		40.3%
8.1%-9%		13.2%	9.8%		13.1%
>9%		5.8%	5.1%		5.7%
Qualité de vie					
Générique (SF-12)**					
PCS (moyenne)	(n=328)	42.2 [41.8-44.0]	44.0 [43.0 – 45.0]	(n=498)	43.4 [42.3-44.4]
MCS (moyenne)	(n=329)	47.7 [46.5-48.9]	46.9 [45.8 – 48.0]	(n=496)	47.0 [46.0-48.0]
Spécifique (ADDQoL) †					
Score global (moyenne)	(n=337)	-1.5 [-1.7 - -1.3]	-1.4 [-1.6 - -1.2]	(n=512)	-1.6 [-1.7- -1.4]

- * Parmi les patients qui connaissaient l'HbA1C. Les valeurs d'HbA1C <5 ont été enlevées des calculs, car elles sont considérées comme très peu plausibles. Ceci a concerné 2 patients au suivi 2014, 2 patients au suivi 2013 et 2 patients au recrutement.
- ** SF-12 : Scores PCS et MCS (0 le pire à 100 le mieux ; une différence de 5 est considérée comme cliniquement significative).
- † ADDQoL : Scores des dimensions de -9 (très importante, nettement améliorée sans diabète) à +3 (très importante, moins bonne sans diabète). Plus le score est négatif moins le résultat est favorable pour le patient.
- HbA1C : Hémoglobine glyquée ; MCS : Mental component score ; PCS : Physical component score ; ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire

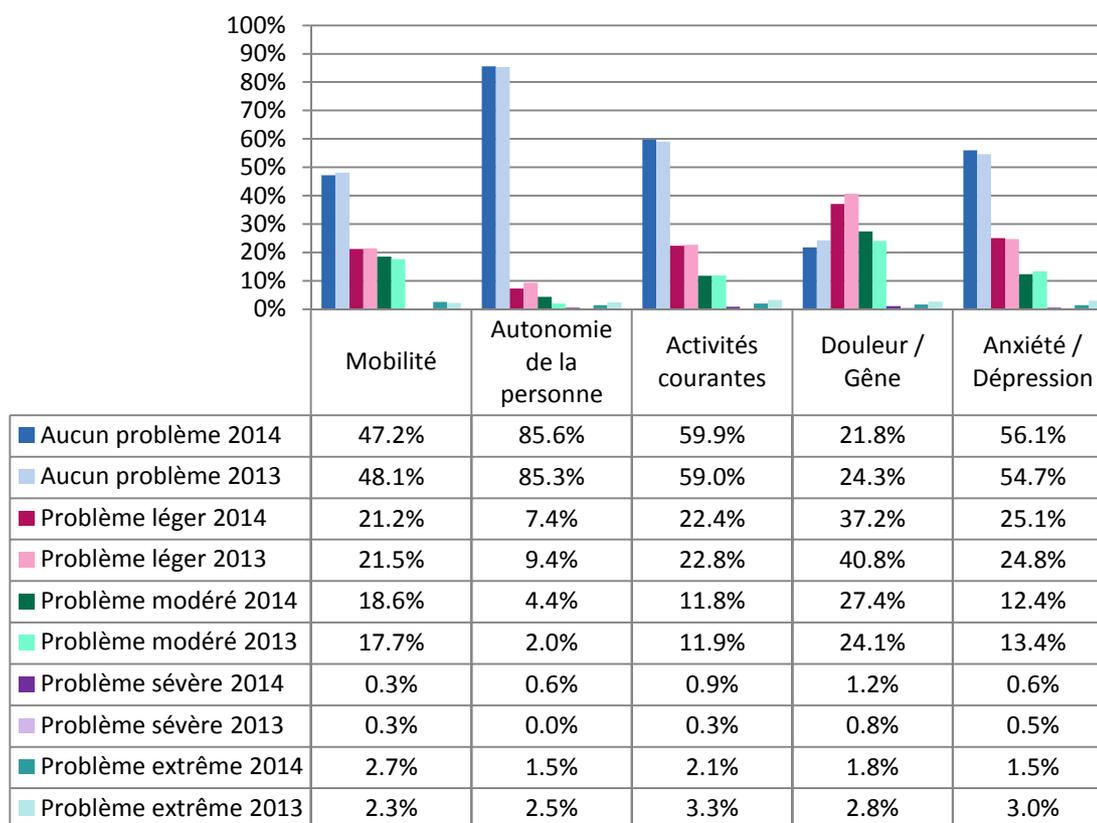
Figure 3 Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL, moyennes des scores des dimensions)



ADDQoL : Scores des dimensions de -9 (très importante, nettement améliorée sans diabète) à +3 (très importante, moins bonne sans diabète)

Le questionnaire EQ-5D n'ayant été considéré qu'à partir du suivi 2013, les comparaisons ne se feront qu'entre 2013 et 2014. Les résultats sont stables entre le suivi 2013 et le suivi 2014 (Figure 4), avec à nouveau au suivi 2014, moins d'un tiers des patients présentant des problèmes de mobilité modérés à extrêmes, une grande majorité des participants ne reportant pas de problèmes d'autonomie, des problèmes modérés à extrêmes avec les activités courantes pour seulement 15% des patients, un cinquième des participants ne reportant pas de gêne ou de douleur, et presque la moitié des patients signalant avoir un problème d'anxiété ou de dépression.

Figure 4 Mesure de l'état de santé (EQ-5D, pourcentages)



4.6.2 Critères de jugement primaires : Prise en charge globale (questionnaire PACIC)

Les résultats du questionnaire PACIC, qui évalue la cohérence de la prise en charge par rapport à ce qui est recommandé dans le Chronic Care Model, sont présentés dans le Tableau 21. Nous rappelons ici que le questionnaire utilise une échelle allant de 1 (jamais) à 5 (toujours) et qu'un score plus élevé correspond à une "meilleure" prise en charge.

Globalement, nous notons que le score global ainsi que les scores de chacune des questions ont très discrètement variés autour des valeurs du recrutement, sans tendance claire. La question obtenant le plus haut score restait celle portant sur l'organisation des soins, et celles obtenant le moins bon score restaient les questions portant sur l'encouragement à participer à un groupe ou à un cours pour aider à la gestion du diabète et sur l'encouragement à participer à des programmes organisés localement.

Tableau 21 Prise en charge globale (PACIC, moyenne des scores)

	Suivi 2014			Suivi 2013 (n=374)	Recrutement (n=503)
	n	Score	IC95%		Score
Score global (basé sur les 20 premières questions)	(n=330)	2.7	[2.6-2.8]	2.6	2.8
Questions individuelles (de 1 à 20)					
On m'a demandé mon avis lors de l'élaboration du plan de traitement.	(n=323)	3.0	[2.8-3.1]	3.0	3.2
On m'a proposé diverses options de traitement auxquelles réfléchir.	(n=318)	2.3	[2.2-2.5]	2.4	2.4
On m'a demandé de parler de tout problème lié à mes médicaments ou à leurs effets.	(n=321)	2.9	[2.8-3.1]	3.1	3.3
On m'a donné une liste écrite de choses que je devrais faire pour améliorer ma santé.	(n=322)	2.0	[1.8-2.1]	1.9	2.3
J'étais satisfait(e) de l'organisation des soins.	(n=318)	4.0	[3.9-4.1]	3.9	4.1
On m'a expliqué en quoi la manière dont je m'occupe de mon diabète influençait mon état de santé.	(n=323)	3.5	[3.3-3.6]	3.5	3.7
On m'a demandé de parler des objectifs que je vise pour prendre soin de mon état de santé.	(n=324)	2.7	[2.6-2.9]	2.7	2.9
On m'a aidé(e) à établir des objectifs personnels pour améliorer mon alimentation ou mon activité physique.	(n=325)	2.7	[2.5-2.8]	2.6	3.0
On m'a donné un exemplaire de mon plan de traitement.	(n=324)	2.1	[1.9-2.2]	2.1	2.3
On m'a encouragé(e) à participer à un groupe ou à un cours pour m'aider à gérer mon diabète.	(n=325)	1.9	[1.8-2.0]	1.8	1.8
On m'a posé des questions sur mes habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire.	(n=327)	2.8	[2.7-3.0]	2.7	2.8
J'étais certain(e) que mon médecin ou mon infirmier(ère) tenait compte de mes valeurs et traditions lorsqu'ils me recommandaient des traitements.	(n=323)	3.7	[3.6-3.9]	3.7	3.8
On m'a aidé(e) à établir un plan de traitement adapté à ma vie quotidienne.	(n=323)	2.6	[2.4-2.8]	2.5	2.8
On m'a aidé(e) à m'organiser pour être en mesure de prendre soin de mon état de santé même dans les moments difficiles.	(n=318)	2.6	[2.5-2.8]	2.6	2.7
On m'a demandé comment mon diabète affecte ma vie.	(n=319)	2.9	[2.7-3.0]	2.6	2.6
On m'a contacté(e) après une consultation pour voir comment les choses allaient.	(n=321)	2.1	[1.9-2.2]	1.9	2.0
On m'a encouragé(e) à participer aux programmes organisés localement qui pourraient m'aider.	(n=321)	1.8	[1.6-1.9]	1.7	1.7
On m'a adressé à un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(ère) spécialisé(e), ou un(e) autre professionnel(le) de la santé.	(n=320)	2.1	[1.9-2.2]	1.9	2.2
On m'a expliqué comment mes consultations chez d'autres médecins, comme l'ophtalmologue (spécialiste des yeux), contribuaient à mon traitement.	(n=323)	3.2	[3.0-3.3]	3.1	3.1
On m'a demandé comment se déroulaient mes consultations avec d'autres médecins.	(n=321)	2.7	[2.5-2.9]	2.5	2.5

PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire, échelle en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours).

4.6.3 Tension artérielle

Les résultats 2014 de tension artérielle étaient proches de ceux du recrutement, avec une moyenne de tension systolique et diastolique à 134.4 mmHg et 77.3 mmHg, respectivement (Tableau 22).

Tableau 22 Tension artérielle

	Suivi 2014		Suivi 2013		Recrutement	
	n	Moyenne [IC95%]			n	Moyenne [IC95%]
Systolique (moyenne en mmHg)	(n=206)	134.4 [132.6-136.2]	133.5	[132.0 - 135.1]	(n=262)	133.2 [131.6-134.9]
Diastolique (moyenne en mmHg)	(n=193)	77.3 [75.9-78.6]	78.0	[76.7 - 79.3]	(n=236)	77.6 [76.4-78.8]

4.6.4 Autres critères de jugement

Sentiment d'efficacité personnelle

Le questionnaire de Stanford (« self-efficacy »), qui mesure le niveau de confiance que les patients disent avoir pour effectuer certaines tâches ou actions, n'est utilisé qu'à partir du suivi 2013 pour l'ensemble des participants. Les comparaisons ne sont ainsi effectuées qu'entre les résultats des suivis 2013 et 2014 (Tableau 23). On note que tant pour le score global que pour les 8 questions considérées individuellement, les résultats suggèrent une très légère amélioration au suivi 2014 par rapport aux résultats 2013. En 2014, comme en 2013, les patients reportaient se sentir le plus en confiance quand il s'agissait de pouvoir manger à intervalle régulier (score de 8.3 en 2014 et de 8.1 en 2013) et de savoir repérer des modifications de leur maladie requérant une consultation chez le médecin (score de 8.3 en 2014 et de 8.0 en 2013). Aussi, les patients disaient se sentir le moins en confiance quand il s'agissait de pouvoir faire de l'exercice régulièrement (score de 6.9 en 2014 et de 6.5 en 2013).

Tableau 23 Questionnaire de Stanford* (« self-efficacy »), moyenne des scores

	Suivi 2014		Suivi 2013	
	n	Scores (moyenne)	n	Scores (moyenne)
Score global	(n=324)	7.9	(n=376)	7.6
Questions individuelles				
Confiant de pouvoir manger ses repas toutes les 4 à 5 heures chaque jour, petit-déjeuner inclus	(n=326)	8.3	(n=380)	8.1
Confiant de pouvoir suivre un régime quand il doit préparer ou partager un repas avec d'autres personnes qui n'ont pas le diabète	(n=325)	7.9	(n=378)	7.6
Confiant de pouvoir choisir les aliments appropriés quand il a faim (par exemple le goûter ou une collation)	(n=326)	8.1	(n=379)	7.8
Confiant de pouvoir faire de l'exercice physique pendant 15 à 30 minutes, 4 à 5 fois par semaine	(n=324)	6.9	(n=378)	6.5
Confiant de pouvoir faire quelque chose pour éviter que son taux de sucre dans le sang ne baisse lorsqu'il fait de l'exercice	(n=323)	7.4	(n=368)	7.2
Confiant de savoir que faire lorsque son taux de sucre dans le sang augmente ou diminue plus qu'il ne devrait	(n=326)	8.0	(n=375)	7.6
Confiant de savoir évaluer quelles modifications de sa maladie requièrent une consultation chez le médecin	(n=324)	8.3	(n=374)	8.0
Confiant de pouvoir contrôler son diabète pour qu'il n'interfère pas avec ce qu'il a envie de faire	(n=323)	8.2	(n=376)	7.9

* Echelle en 10 points, de 1 pas du tout confiant à 10 totalement confiant.

4.7 Connaissance et participation aux projets du Programme cantonal Diabète (PcD)

Le Tableau 24 présente les résultats des questions qui concernaient la connaissance et la participation aux divers projets mis sur pied par le PcD depuis 2013, ou en cours en 2014. Ne sont signalés que les projets pertinents pour la population de CoDiab-VD, et évoqués par le PcD. Ainsi par exemple, le projet concernant le diabète gestationnel n'a pas été pris en compte car il ne concerne a priori pas du tout notre collectif de patients (âge moyen de plus de 60 ans, et diabète gestationnel qui était un critère d'exclusion lors du recrutement). Notons par ailleurs que, cette année, les questions de participation/consultations/utilisation ne portaient que sur les 12 derniers mois, à la différence des autres années où aucune limite de temps n'était mentionnée.

Nous remarquons que les proportions de patients connaissant les activités du PCD sont toujours plutôt faibles, avec entre 10% et 40% des patients qui reportait connaître les activités proposées par le PcD. Les activités les plus connues restaient le programme "Ça marche! Bouger plus, manger mieux" (36.9%), programme pas directement sous la responsabilité du PcD, et le programme DIAfit (36.7%). Par ailleurs, parmi ceux disant connaître ces activités, moins de 7% reportaient y avoir participé au cours des 12 derniers mois. Nous constatons aussi que la consultation spécialisée du pied à risque semblait plus connue que la consultation « Néphropathie diabétique » (26.2% vs 12.2%). De plus, seul un tiers des patients connaissant ces consultations

reportaient avoir participé à l'une de ces consultations dans les 12 derniers mois pour leurs pieds ou pour leurs reins (33.3 % et 32.0%, respectivement) ; ces consultations ont par ailleurs été principalement effectuées ailleurs qu'au CHUV. Tandis que la moitié des participants reportaient connaître le "Passeport diabète", seulement 22.9% l'avait utilisé au cours des 12 derniers mois. Finalement, moins de 30% des participants reportaient connaître le PcD, et parmi ces derniers, 20.6% reportaient avoir visité leur site internet et 13.7% reportaient ne pas avoir accès à internet.

Nous rendons attentif le lecteur au fait que la colonne du Tableau 24 concernant la participation/consultations/utilisation ne considère pas la même fenêtre de temps pour les suivis 2013 et 2014. Pour le suivi 2014, une limite aux 12 derniers mois a été spécifiée, alors que pour le suivi 2013 aucune limite de temps n'était mentionnée. De ce fait les comparaisons doivent rester prudentes. Ainsi, tandis que la question sur la connaissance est cumulative (i.e. les proportions devraient augmenter ou rester stables dans le moins bon des cas, car une personne qui connaît une fois un projet ou une activité devrait, à priori, le/la connaître les années suivantes), la participation, elle, est non-cumulative car le référentiel de temps est différent entre les deux suivis. En effet, un patient ayant reporté, au suivi 2013, avoir participé à un projet/activité une fois par le passé, n'y participera probablement pas une nouvelle fois. De ce fait, il ne devrait pas le reporter au suivi 2014 dont la fenêtre de temps est restreinte aux 12 derniers mois. Les proportions reportées devraient donc être indépendantes. Cette différence de fenêtre de temps pourrait expliquer les quelques changements importants de proportion de participation à des projets comme DIAfit et Diabaide.

Tableau 24 Connaissance des projets du PcD et participation dans les 12 derniers mois

Activités	Suivi 2014		Suivi 2013 *	
	Je connais	J'ai participé durant les 12 derniers mois **	Je connais	J'ai participé en 2013 ou avant *** †
Cours EVIVO (Devenir acteur de sa vie, méthode Stanford)	(n=326)	(n=46)	(n=367)	(n=31)
Oui	19.9%	6.5%	11.7%	6.5%
Non	80.1%	93.5%	88.3%	93.6%
Cours DIAfit (programme d'activité physique pour diabétiques type 2)	(n=324)	(n=87)	(n=366)	(n=66)
Oui	36.7%	6.9%	22.7%	34.9%
Non	63.3%	93.1%	77.3%	65.2%
Programme "ça marche! Bouger plus, manger mieux"	(n=325)	(n=88)	(n=373)	(n=78)
Oui	36.9%	6.8%	29.8%	6.4%
Non	63.1%	93.2%	70.2%	93.6%
Suivi par filière du Réseau Nord Broye, y compris Capdiab (partenariat médecin infirmière)	(n=324)	(n=12)	(n=366)	(n=20)
Oui	7.1%	0.0%	7.1%	15%
Non	92.9%	100.0%	92.9%	85%

Suivi par filière de soins Diabète	(n=322)	(n=23)	(n=363)	(n=22)
Oui	9.3%	4.4%	9.1%	54.6%
Non	90.7%	95.7%	90.9%	45.5%
Consultations	Je connais	J'ai consulté **	Je connais	J'ai consulté **†
Consultation spécialisée du pied à risque	(n=321)	(n=69)	(n=368)	(n=36)
Oui	26.2%	-	13.6%	30.6%
Non	73.8%	66.7%	86.4%	69.4%
Oui, au CHUV	-	14.5%	-	-
Oui, ailleurs	-	18.8%	-	-
Consultation « Néphropathie diabétique »	(n=312)	(n=25)	-	-
Oui	12.2%	-	-	-
Non	87.8%	68.0%	-	-
Oui, au CHUV	-	4.0%	-	-
Oui, ailleurs	-	28.0%	-	-
Autre	Je connais	J'ai utilisé **	Je connais	J'ai utilisé **†
"Passeport diabète"	(n=326)	(n=131)	(n=369)	(n=141)
Oui	50.6%	22.9%	47.2%	36.9%
Non	49.4%	77.1%	52.9%	63.1%
	Je connais	J'ai visité leur site internet **	Je connais	J'ai visité leur site internet **†
Programme cantonal diabète	(n=323)	(n=73)	(n=390)	(n=141)
Oui	29.1%	20.6%	36.4%	18.4%
Non	70.9%	65.8%	63.6%	81.6%
Je n'ai pas accès à internet	-	13.7%	-	-

- Données non disponibles.

* Dans le rapport du suivi 2013, la participation aux projets n'a pas été calculée pour les patients reportant connaître le projet, mais pour tous les patients ayant répondu à la question en tant que telle. Les chiffres présents dans ce tableau diffèrent donc de ceux du rapport 2013.

** Pour ceux qui reportaient connaître le projet en question.

† Dans le questionnaire de suivi 2013, il n'était pas mentionné de limite de date pour la participation aux projets.

4.8 Données provenant des médecins traitants

Sur les 222 médecins contactés, 130 ont rempli et retourné un questionnaire reportant les dernières valeurs et dates de quelques paramètres cliniques et de laboratoire pour au moins un de leurs patients. Au total, des résultats pour 211 patients ont été récoltés (62.2% des participants du suivi 2014).

Globalement, les valeurs cliniques et de laboratoires obtenues au suivi 2014, sont proches de celles obtenues lors du recrutement (Tableau 25). Brièvement, notons que la moyenne d'HbA1C de 7.2% était très proche de la moyenne calculée sur la base des valeurs obtenues directement auprès des patients (7.3%). Ceci était également le cas pour les valeurs de tension artérielle (135.4 et 78.5 mmHg pour les données reportées par les médecins, 134.4 et 77.3 mmHg pour les données auto-reportées par les patients). Les médecins reportaient par ailleurs une proportion légèrement plus importante de patients en surpoids ou obèses (84.6%) par rapport aux valeurs

auto-reportées par les patients (80.9%). Ces comparaisons des résultats agrégés, provenant des médecins et des patients, doivent rester prudentes car elles ne se basent pas du tout sur la même taille de collectif de patients concernés.

Tableau 25 Dernières valeurs cliniques et de laboratoire provenant du médecin traitant

	Suivi 2014 (n=211)		Recrutement (n=271)	
	n	%	n	%
Indice de masse corporelle	(n=182)		(n=236)	
Surpoids (IMC 25.0-29.9)		32.4%		34.3%
Obésité (IMC ≥ 30)		52.2%		50.0%
Tension artérielle	(n=205)		(n=270)	
Systolique, moyenne en mmHg (DS)		135.4 (14.5)		133.6 (15.7)
Diastolique, moyenne en mmHg (DS)		78.5 (9.7)		78.9 (9.2)
HbA1C				
Moyenne en % (DS), médiane	(n=207)	7.2 (1.1), 7.1	(n=266)	7.2 (1.2), 7.0
Lipides				
Cholestérol total (mmol/l), moyenne (DS)	(n=198)	4.7 (1.0)	(n=265)	4.7 (1.0)
Cholestérol LDL (mmol/l), moyenne (DS)	(n=191)	2.6 (0.9)	(n=242)	2.6 (0.9)
Cholestérol HDL (mmol/l), moyenne (DS)	(n=195)	1.4 (0.6)	(n=259)	1.4 (0.6)
Triglycérides (mmol/l), moyenne (DS)	(n=197)	1.8 (1.0)	(n=263)	1.8 (1.0)
Créatinine sérique				
Moyenne en umol/l (DS)	(n=202)	89.6 (34.1)	-	-

- Données non-disponibles.

Sur la base des dates d'examens reportées par les médecins traitants, il a été possible de déterminer si les processus d'intérêt (contrôle de l'HbA1C, contrôle des lipides, de la créatinine, de la microalbuminurie, mesure du poids et de la tension artérielle) avaient été effectués dans les 12 mois. Les résultats de ces analyses sont présentés dans le Tableau 26.

Tableau 26 Contrôles annuels durant les 12 derniers mois, tels que reportés par les médecins traitants

	Suivi 2014			Recrutement		
	Dénominateur : patients avec informations données	Dénominateur : échantillon « total »* (n=211)		Dénominateur : patients avec informations données	Dénominateur : échantillon « total »* (n=271)	
Contrôle de l'HbA1C	(n=204)	98.0%	94.8%	(n=267)	97.0%	95.6%
Contrôle des lipides	(n=193)	85.5%	78.2%	(n=242)	88.8%	79.3%
Contrôle de la créatinine	(n=188)	92.0%	82.0%	-	-	-

Contrôle de la microalbuminurie	(n=127)	85.0%	51.2%	(n=173)	75.1%	48.0%
Contrôle du poids	(n=201)	96.0%	91.5%	(n=247)	93.5%	85.2%
Contrôle de la tension artérielle	(n=196)	98.5%	92.9%	(n=268)	97.8%	96.7%

- Données non-disponibles.

* Ceci représenterait le scénario du « pire », c'est-à-dire le scénario qui considère que tous les patients pour lesquels l'information n'est pas transmise par le médecin sont des patients qui n'ont en fait pas eu le contrôle en question.

Les contrôles ont été effectués annuellement pour plus de 85% des participants au suivi 2014. Les données sont ainsi proches de celles obtenues au recrutement, si ce n'est pour le contrôle de la microalbuminurie qui est reporté être fait plus souvent au suivi 2014 (85.0%) qu'au recrutement (75.1%) ; cependant cette donnée n'était disponible que pour 127 patients. Bien que meilleur qu'au recrutement, ce résultat est nettement moins bon quand on considère les non-réponses à cette question (i.e. dans le pire des cas, seulement 51.2% des patients auraient eu le contrôle de la microalbuminurie en 2014). En effet, les 4^{ème} et 7^{ème} colonnes du Tableau 26 détaillent les proportions en considérant comme dénominateur le nombre total de patients pour lequel l'indicateur aurait dû être reporté (n=211 au suivi 2014 et n=271 au recrutement), en lieu et place du nombre de patients pour lequel les informations ont été effectivement décrites. De cette manière, chaque patient pour lequel l'indicateur n'a pas été reporté est considéré comme n'ayant pas eu le contrôle annuel. Les proportions ainsi obtenues sont nettement moins bonnes que pour les indicateurs calculés sur la base d'un petit nombre de patients.

4.9 Données concernant les médecins traitants

Le deuxième questionnaire adressé aux médecins traitants concernait leur clientèle de patients diabétiques. Il avait pour but d'investiguer la prise en charge du diabète de façon générale, et non en lien avec le(s) patient(s) pour le(s)quel(s) ils avaient été contactés. Plus précisément, la satisfaction du médecin quant à sa pratique et quant à sa collaboration avec d'autres professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète, ainsi que les problèmes qu'il pourrait rencontrer lors des soins aux patients diabétiques étaient explorés.

Parmi les 222 médecins contactés, 130 ont rempli et retourné un questionnaire concernant leur(s) patient(s), et 123 (55.0%) ont renvoyé le questionnaire concernant la prise en charge générale des patients diabétiques. Les résultats sont détaillés dans les Tableau 27 à Tableau 29 ci-dessous.

Les médecins traitants reportaient être relativement satisfaits de leur pratique actuelle pour les soins du diabète. Les deux pratiques dont les médecins étaient les plus satisfaits sont la prescription médicamenteuse (88.3% plutôt à très satisfait) et la prévention des complications (78.3% plutôt à très satisfait). Ces mêmes médecins étaient moins satisfaits de leurs prises en charge diététiques et de l'activité physique, avec seulement 41.2% et 25.0% des médecins se disant plutôt à très satisfait, respectivement. Très peu se disait pas du tout satisfait de leur pratique.

Tableau 27 Satisfaction des médecins traitants concernant leur prise en charge actuelle du diabète

Satisfaction actuelle concernant ...	Très satisfait	Plutôt satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
Le contrôle de la glycémie (n=120)	12.5%	68.3%	16.7%	2.5%	0.0%
Le contrôle des facteurs de risque (lipides, HTA, tabac) (n=121)	11.6%	65.3%	18.2%	4.1%	0.8%
La prise en charge diététique (n=119)	4.2%	37.0%	37.8%	18.5%	2.5%
La prise en charge de l'activité physique (n=120)	1.7%	23.3%	39.2%	34.2%	1.7%
L'éducation et les conseils aux patients (n=121)	8.3%	52.9%	29.8%	7.4%	1.7%
Le soutien psychologique des patients (n=118)	7.6%	53.4%	25.4%	11.9%	1.7%
La prescription médicamenteuse (n=120)	15.8%	72.5%	9.2%	1.7%	0.8%
La prévention des complications (n=120)	12.5%	65.8%	16.7%	5.0%	0.0%

Le prochain tableau (Tableau 28) décrit les résultats de satisfaction quant à la collaboration des médecins traitants avec d'autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète. Nous voyons que tandis que la collaboration était considérée comme relativement bonne, avec moins de 8% de médecins « Plutôt pas satisfait » ou « Pas du tout satisfait » de leur collaboration, des taux d'insatisfaction un peu plus élevés étaient toutefois reportés pour la collaboration avec les services hospitaliers de diabétologie et avec les podologues (respectivement 19.1% et 11.1% de médecins « Plutôt pas satisfait » ou « Pas du tout satisfait »).

On peut observer aussi une faible collaboration des médecins traitants avec les médecins spécialistes impliqués dans les soins aux patients diabétiques autre que diabétologues, avec 56.4% qui reportaient n'avoir aucune collaboration avec ces derniers. Notons par ailleurs que les médecins participant à cette enquête et disant ne pas avoir de collaboration avec les médecins généralistes-internistes (27.4%) ou les médecins diabétologues-endocrinologues (6.0%) correspondent très probablement à des médecins répondants qui étaient eux-mêmes médecins généralistes-internistes ou médecins diabétologues-endocrinologues, respectivement. Ainsi, de façon compréhensible, ils ne collaborent que peu avec des médecins ayant la même spécialité médicale que la leur.

Tableau 28 Satisfaction des médecins traitants concernant leur collaboration avec d'autres professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète

Collaboration avec ...	Très satisfait	Plutôt satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait	Pas de collaboration
Généralistes - Internistes (n=106)	24.5%	35.9%	9.4%	2.8%	0.0%	27.4%
Diabétologues - Endocrinologues (n=116)	46.6%	32.8%	6.9%	6.0%	1.7%	6.0%
Ophthalmologues (n=121)	53.7%	33.9%	6.6%	3.3%	0.0%	2.5%

Autres médecins spécialistes (néphrologue, cardiologue, angiologue,...) (n=117)	38.5%	3.4%	0.9%	0.9%	0.0%	56.4%
Services hospitaliers de diabétologie (n=115)	18.3%	30.4%	14.8%	13.0%	6.1%	17.4%
Infirmiers(ères) spécialisé-e-s en diabétologie (n=113)	46.0%	23.9%	8.0%	4.4%	2.7%	15.0%
Infirmiers(ères) à domicile (n=114)	40.4%	43.0%	8.8%	2.6%	0.0%	5.3%
Pharmaciens(nes) (n=118)	30.5%	41.5%	19.5%	3.4%	0.9%	4.2%
Diététiciens(nes) (n=118)	32.2%	45.8%	11.0%	5.1%	0.9%	5.1%
Podologues (n=117)	18.0%	44.4%	18.8%	9.4%	1.7%	7.7%

Les domaines pour lesquels les médecins rencontraient le moins souvent des problèmes (rarement à jamais) étaient les difficultés à trouver un(e) diététicien(ne) en cas de besoin (72.5%), les difficultés à trouver un médecin spécialiste auquel référer certains patients (71.8%), les difficultés à trouver un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en diabétologie en cas de besoin (65.4%) et le manque de matériel d'information ou d'éducation pouvant être donné aux patients (65.3%). Les domaines pour lesquels les médecins avaient rencontré le plus souvent (très souvent à toujours) des problèmes étaient la mauvaise adhésion des patients aux recommandations d'exercice physique (73.0%), les difficultés à motiver les patients à changer leurs habitudes de vie sur le long terme (70.5%) et la mauvaise adhésion des patients aux conseils diététiques (59.1%). Ces résultats sont présentés dans le Tableau 29.

Tableau 29 Problèmes rencontrés par les médecins traitant lors des soins aux patients diabétiques

Fréquence à laquelle les situations suivantes posent un problème :	Jamais	Rarement	Quelquefois	Très souvent	Toujours
Difficultés à prendre en charge le diabète des patients souffrant de pathologies multiples (n=120)	4.2%	17.5%	57.5%	20.8%	0.0%
Difficultés à suivre les recommandations officielles de suivi des patients diabétiques (guidelines, RPC*) (n=119)	5.9%	14.3%	50.4%	26.9%	2.5%
Difficultés à motiver les patients à changer leurs habitudes de vie sur le long terme (n=122)	1.6%	3.3%	24.6%	64.8%	5.7%
Difficultés à communiquer avec les patients en raison de barrières linguistiques ou culturelles (n=122)	9.8%	47.5%	38.5%	4.1%	0.0%
Mauvaise compréhension du diabète par les patients (n=122)	1.6%	22.1%	62.3%	13.9%	0.0%
Mauvaise compliance des patients pour la prise des médicaments et/ou de l'insuline (n=122)	1.6%	27.1%	60.7%	10.7%	0.0%
Mauvaise adhésion des patients aux recommandations d'exercice physique (n=122)	0.0%	4.1%	23.0%	66.4%	6.6%
Mauvaise adhésion des patients aux conseils diététiques (n=122)	0.0%	4.1%	36.9%	56.6%	2.5%

Problèmes psychologiques des patients (dépression, découragement, refus de la maladie, etc) (n=122)	3.3%	28.7%	52.5%	14.8%	0.8%
Soutien insuffisant de l'entourage (n=120)	3.3%	35.0%	54.2%	7.5%	0.0%
Manque de temps lors des consultations (n=122)	5.7%	30.3%	39.3%	22.1%	2.5%
Manque de matériel d'information ou d'éducation pouvant être donné aux patients (n=121)	14.9%	50.4%	21.5%	12.4%	0.8%
Manque d'offres de cours d'éducation thérapeutique destinés aux patients diabétiques (n=119)	13.5%	33.6%	33.6%	16.8%	2.5%
Difficultés à motiver les patients à suivre des cours d'éducation thérapeutique (n=120)	2.5%	21.7%	39.2%	31.7%	5.0%
Difficultés à trouver un médecin spécialiste auquel référer certains patients (n=117)	30.8%	41.0%	19.7%	8.6%	0.0%
Difficultés à trouver un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en diabétologie en cas de besoin (n=118)	25.4%	40.0%	20.3%	14.4%	0.9%
Difficultés à trouver un(e) diététicien(ne) en cas de besoin (n=120)	29.2%	43.3%	21.7%	5.0%	0.8%
Difficultés à trouver un(e) podologue certifié(e) en cas de besoin (n=118)	21.2%	34.8%	30.5%	10.2%	3.4%

4.10 Analyses longitudinales

Les analyses longitudinales seront effectuées dans un second temps et ajoutées au présent rapport préliminaire, par la suite.

5 Discussion et Conclusions

Les résultats du suivi 2014 de CoDiab-VD concernent les 339 patients, parmi les 402 contactés, qui ont accepté de participer cette année (taux de participation de 84%). Ces 339 participants correspondent par ailleurs à 65% du collectif initial de la cohorte (n=519).

Cette année, les médecins traitants ont à nouveau été contactés afin d'obtenir quelques valeurs cliniques et de laboratoire concernant leurs patients. Aux résultats auto-reportés par les patients, s'ajoutent donc les résultats transmis par les médecins traitant. Parmi les 222 médecins contactés, 130 ont répondu (taux de participation de 59%), pour un total de 211 patients. Un petit questionnaire concernant directement la pratique et prise en charge générale du diabète, ainsi que les éventuels problèmes rencontrés lors de cette prise en charge, a également été envoyé aux médecins traitant. La participation à cette partie de l'enquête a été de 55%.

Résumé des résultats principaux

Globalement, les résultats obtenus lors du suivi 2014 ne diffèrent pas grandement de ceux obtenus au recrutement (2011-2012). En particulier, nous n'avons pas observé d'amélioration ou de péjoration significative de la prise en charge du diabète des participants de la cohorte CoDiab-VD.

En effet, bien qu'un certain nombre d'indicateurs de *processus* demeuraient satisfaisants en 2014 (contrôles annuels de l'HbA1C, des lipides, de la tension artérielle et du poids) et que la proportion de participants ayant eu un contrôle annuel chez l'ophtalmologue augmentait légèrement (58% au recrutement, 70% en 2014), passant ainsi au dessus du seuil de satisfaction de 60% établi par la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED), les proportions de participants ayant eu les contrôles annuels des pieds et de la microalbuminurie, ainsi que celles concernant la vaccination grippale, restaient encore trop basses.

Par ailleurs, une majorité des indicateurs de *résultats* sont restés eux stables au cours du temps (valeurs d'HbA1C et de tension artérielle, indicateurs de qualité de vie et de prise en charge globale du diabète telle que recommandée par le Chronic Care Model), tandis qu'une augmentation importante de la proportion de patients reportant connaître l'HbA1C était observée. Aucune amélioration des facteurs de risque cardio-vasculaires n'a été observée, avec toujours 81%, 18%, 45% et 31% des participants étant obèses/en surpoids, tabagiques, ayant une consommation d'alcool à risque ou étant inactifs, respectivement.

Les participants au suivi 2014 reportaient aussi une utilisation plus faible des services de santé par rapport au recrutement ; cela concernait, principalement les consultations chez le médecin de famille/interniste/généraliste ou diabétologue, chez l'infirmier(ère) en diabétologie et chez le(a) diététicien(ne). Il est intéressant de noter que dans ce contexte, les patients reportaient être principalement suivis par un médecin de famille, interniste, généraliste, tant pour leur diabète que pour leurs problèmes de santé autres que le diabète, avec le diabétologue qui était tout de

même considéré comme principal prestataire de soins pour le diabète par 40% des patients globalement, et 88% des diabétiques de type 1 spécifiquement.

Les dernières valeurs cliniques et de laboratoires provenant des médecins traitants sont aussi très semblables à celles observées au recrutement. La satisfaction des médecins concernant leur prise en charge actuelle du diabète, ainsi que leur collaboration avec d'autres professionnels consultés également par leurs patients pour leur diabète, était de plus globalement bonne. Les médecins traitants reportaient par contre rencontrer de la difficulté dans les domaines de l'activité physique et de l'alimentation, ainsi que dans la motivation des patients à changer leurs habitudes de vie au long terme. Ils signalaient que trouver un professionnel à qui référer leurs patients en cas de besoin ne représentait que rarement à jamais un problème.

Le suivi 2014 a permis par ailleurs de confirmer la présence de deux domaines de prise en charge des patients diabétiques, l'alimentation et l'activité physique, qui posaient problème tant aux patients qu'aux médecins traitants. En effet, les médecins reportaient être le moins satisfaits de ces deux aspects de la prise en charge du diabète ; ils signalaient toutefois que ceci était en partie lié à un problème de mauvaise adhésion des patients aux recommandations y relatives. Les patients, pour leur part, reportaient n'avoir reçu que peu de recommandations d'activité physique ou des conseils diététiques de leurs médecins. Ils reportaient également de moins bons scores dans les domaines correspondants du questionnaire de qualité de vie spécifique au diabète, du questionnaire d'auto-efficacité et du questionnaire d'autogestion du diabète. Bien que les aspects diététiques et d'activité physique continuaient de leur poser problème, les participants ne consultaient encore que rarement un(e) diététicien(ne). De même, peu de participants reportaient avoir participé à des activités du Pcd en lien avec l'activité physique.

Intérêt spécifique du suivi 2014 : Réalités psychosociales de la vie avec le diabète et de sa prise en charge

Cette année, une emphase a été mise sur les aspects psychosociaux de la vie avec le diabète et de sa prise en charge. Afin de pouvoir approfondir cet axe d'étude, nous nous sommes basés sur l'étude Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) et avons considéré une partie des questionnaires utilisés dans cette étude afin d'effectuer des comparaisons. DAWN2 est une étude internationale qui avait pour but d'investiguer l'impact psychosocial du diabète sur les personnes diabétiques, du point de vue des patients, de leur famille et de leurs soignants. Cette étude internationale a ainsi inclus 15'438 participants, dont 8'596 personnes diabétiques, 2'057 membres de leurs familles et 4'785 professionnels de santé, provenant de 17 pays différents (Algérie, Allemagne, Canada, Chine, Danemark, Espagne, France, Indes, Italie, Japon, Mexique, les Pays Bas, Pologne, Royaume Uni, Russie, Turquie et USA). DAWN2 fait suite à une première enquête (DAWN) qui avait mis en évidence l'importance de la dimension psychologique et psychosociale des personnes vivant avec le diabète. Le questionnaire destiné aux patients participant à DAWN2 comprenait plusieurs questionnaires précédemment validés, dont certains ont été adaptés en termes de longueur de questionnaire (par ex. version courte et modifiée du DES : DES-SF) ou de manière de définir les scores (par ex. PAID-5). Le questionnaire DAWN2 contenait aussi des questions spécifiques permettant d'investiguer les changements survenus dans les soins du diabète au cours des 10 dernières années, l'impact du diabète sur le vécu des

patients, la discrimination dont ils pourraient être victimes, les besoins des patients en matière d'éducation et de soutien, ainsi qu'une question ouverte permettant de saisir le vécu des personnes diabétiques ¹⁰.

Ci-après sera d'abord présenté un résumé des résultats des participants de CoDiab-VD en lien avec les aspects psychosociaux liés au diabète, puis une comparaison des résultats de CoDiab-VD et de DAWN2.

Résumé des résultats concernant les aspects psychosociaux liés au diabète

Les participants au suivi 2014 reportaient avoir un bon niveau d'autonomisation que se soit en termes d'auto-efficacité que de confiance pour effectuer certaines tâches en lien avec le diabète. Ils reportaient par ailleurs globalement bien gérer certaines inquiétudes et émotions négatives liées au diabète. Un tiers des patients obtenait toutefois un score moyen individuel dénotant une détresse émotionnelle élevée. Par ailleurs, l'assiduité des participants dans la pratique des activités d'autogestion du diabète, aussi explorée spécifiquement, différait fortement en fonction des dimensions concernées. Notons d'abord que le score de prise de médicaments antidiabétiques indiquait une prise médicamenteuse régulière, qui concordait avec le haut degré d'adhérence thérapeutique investigué au recrutement (questionnaire de Morisky ¹¹). Ces bons résultats sont à contraster avec ceux concernant les contrôles quotidiens de la glycémie, l'activité physique et les soins des pieds. Tandis que les contrôles de la glycémie n'étaient effectués en moyenne que 4 jours par semaine, les résultats concernant l'activité physique et les soins des pieds étaient les moins satisfaisants. Les autres aspects spécifiques du suivi 2014 étaient le renoncement aux soins et la précarité financière (i.e. difficulté à payer ses factures). Cette dernière question représente non seulement un bon indicateur de précarité financière, mais également un bon prédicteur de renoncement aux soins ⁷. Les données du suivi 2014 de CoDiab-VD semblent confirmer cette association puisque plus de la moitié des patients ayant reporté avoir renoncé à des soins en raison du prix à payer reportaient aussi de la difficulté à payer leurs factures. Ils sont ainsi considérés comme étant en état de précarité financière.

Comparaison des résultats de CoDiab-VD et de DAWN2

Les comparaisons possibles de nos résultats avec ceux obtenus globalement pour DAWN2 (résultats agrégés des 17 pays), sont présentées dans l'Annexe 5 et l'Annexe 6. Elles n'ont pu être effectuées que pour un nombre restreint de variables/questionnaires. En effet, il fallait non seulement que les résultats de DAWN2 soient disponibles, mais également que les mesures soient similaires entre les deux projets. Par exemple, bien que l'étude DANW2 considère le questionnaire DES, ce n'est pas la version courte DES-SF officielle mais une version courte inspirée de ce dernier qui a été utilisée dans DANW2 (DES-DSF : Diabetes Empowerment Scale-DAWN Short Form) ¹⁰. Bien que possibles, les comparaisons doivent être considérées avec précaution car il existe d'importantes différences de caractéristiques des collectifs considérés et aussi car les résultats de DAWN2 correspondent aux résultats agrégés de 17 pays. On imagine en effet aisément que tant les systèmes de santé que les représentations et perceptions de la santé peuvent varier fortement d'un pays à l'autre.

Ces comparaisons montrent ainsi que les participants de ces deux études sont relativement différents (Annexe 5). En effet, le collectif de CoDiab-VD était, par rapport à celui de DAWN2, en

moyenne plus âgé, comportait plus d'hommes, de personnes avec un BMI élevé et de personnes vivant seules. On observe aussi, globalement, de meilleurs scores pour les participants de CoDiab-VD que pour ceux de DAWN2 (Annexe 6). Bien que la détresse émotionnelle ait été moindre pour les participants de CoDiab-VD, le score global obtenu des participants à DAWN2 restait inférieur au seuil de 40 qui reflète une détresse émotionnelle importante liée au diabète. Les patients de CoDiab-VD reportaient également une meilleure autogestion de leur diabète (autocontrôle de la glycémie, autocontrôle des pieds, adhérence médicamenteuse). Les deux domaines d'autogestion présentant des résultats similaires étaient ceux concernant l'alimentation et l'activité physique. Les résultats des deux questions ciblant la prise en charge global du diabète, issues du PACIC, reflètent une meilleure prise en charge du diabète dans le canton de Vaud qu'internationalement.

Evolution des résultats au cours du temps

Les résultats des enquêtes, répétées annuellement depuis 2011-2012, nous permettent de les analyser en termes d'évolution au cours du temps, de deux manières différentes : la comparaison des résultats transversaux annuels et l'analyse longitudinale des mesures répétées auprès des patients. Cette dernière donnera une image plus précise et juste de l'évolution des résultats au cours du temps. Tandis que la discussion de la comparaison des résultats transversaux annuels sera faite ci-dessous, celle des analyses longitudinales sera insérée au rapport dans un 2^{ème} temps.

Comme indiqué précédemment, les résultats de quelques indicateurs de qualité des soins restaient en-dessous de ce que l'on pourrait raisonnablement attendre dans le cadre d'une prise en charge optimale du diabète. Cette constatation concernait particulièrement les contrôles annuels des pieds et de la microalbuminurie, ainsi que la vaccination grippale. Ceci surprend quelque peu car on aurait pu s'attendre à ce que ces résultats s'améliorent au moins discrètement. En effet, ils proviennent non seulement du collectif de patients faisant toujours partie de la cohorte mais aussi de patients ayant déjà été interrogés annuellement sur la même problématique. On aurait ainsi pu imaginer que les patients s'interrogent à ce sujet et/ou en parlent à leur médecin traitant, par exemple. Ces résultats indiquent ainsi clairement que ces aspects de la prise en charge du diabète, la prévention des complications notamment, sont insuffisamment effectués et nécessitent une attention particulière de la part du PcD. A ce jour, le dépistage des complications du diabète est encore peu ciblé spécifiquement par le PcD, dont les projets actuels ciblent surtout la prise en charge des complications des pieds ou des reins, et non leur dépistage. La proportion insuffisante de participants vaccinés contre la grippe n'est elle pas seulement à imputer au processus non effectué mais également au refus des patients de se faire vacciner. En effet, tandis qu'un huitième des participants ne s'étaient pas vu proposer la vaccination grippale, un quart refusait la vaccination proposée. Ainsi, la vaccination grippale, effective chez 63% des patients, était en fait proposée à 88% d'entre eux, ce qui est relativement satisfaisant. Cette précision sur le refus de la vaccination, disponible qu'à partir du suivi 2013, devrait permettre de cibler une action de promotion de la vaccination grippale non seulement auprès des médecins traitants ou autres professionnels de la santé, mais également, voire surtout, des patients eux-mêmes. Ceci devrait se faire de façon générale et ne pas cibler les patients diabétiques spécifiquement car ces derniers ne sont pas les seuls patients pouvant bénéficier d'une vaccination grippale annuelle.

La tendance, entre les mesures du recrutement et 2014, vers une baisse discrète de l'utilisation des services de santé pourrait représenter soit une baisse réelle des consultations soit une meilleure participation, lors de ce dernier suivi, à cette série de questions. En effet, jusqu'à maintenant, les questions concernant l'utilisation des services de santé comprenaient un grand nombre de valeurs manquantes. Depuis lors, elles ont été complétées et leur mise en page a été améliorée pour permettre une meilleure compréhension et lisibilité. Maintenant, nous notons un meilleur taux de réponse à chacune de ces questions d'utilisation. Il se pourrait que la modalité de non-consultation (i.e. zéro consultation) soit maintenant plus souvent cochée, augmentant ainsi le dénominateur sans augmenter le nombre de patients reportant des visites ambulatoires, avec pour conséquence une diminution de la proportion de patients reportant une consultation avec un professionnel de santé en particulier.

Pour illustrer l'évolution des résultats de la prise en charge du diabète entre le recrutement et le suivi 2014, en fonction des critères de bonne prise en charge du diabète édictés par la société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED), nous présentons ci-dessous les résultats transversaux du recrutement et de 2014 (Tableau 30). Cette comparaison permet de voir la stabilité des résultats, avec seulement une amélioration de la proportion de patients reportant un contrôle ophtalmique régulier.

Tableau 30 Application des critères suisses aux données de CoDiab-VD

Critères de bonne prise en charge du diabète SSED *			Suivi 2014 (n=211)	Recrutement (n=271)
Contrôles/Visites chez le médecin	Minimum 3/année	≥80% des patients	-	-
Conseils hygiène de vie	Conseils diététiques <u>et</u> d'activité physique	≥80% des patients	-	42% ☹️
	Non-fumeurs ou conseils cessation tabac chez fumeurs	≥80% des patients	92% 😊	95% 😊
HbA1C, min 2x/an †	Moyenne des valeurs annuelles (dernière valeur) ††			
	>9%	≤15% des patients	5% (6%**)	6% (6%**)
	<8%	≥60% des patients	78% (77%**)	73% (81%**)
Tension artérielle min 2x/an §	≥140/90 mmHg	≤35% des patients	40% (40%**)	37% (40%**)
	<130/80 mmHg	≥25% des patients	19% (23%**)	21% (21%**)
Contrôle ophtalmique annuel	(chez ophtalmologue)	≥60% des patients	70% 😊	58% ☹️
Cholestérol-LDL §§	≥3.38 mmol/l	≤37% des patients	18% 😊	15% 😊
	<2.6 mmol/l	≥36% des patients	54% 😊	50% 😊
Contrôle annuel néphropathie	(créatinine et microalbuminurie)	≥80% des patients	67% ☹️	63% ☹️
Contrôle annuel des pieds	(pouls, monofilament)	≥80% des patients	62% ☹️	68% ☹️

- Données non disponibles.

* SSED : Société suisse d'endocrinologie et diabétologie.

** Données du médecin traitant.

[†] Les effectifs pour les valeurs d'HbA1C sont de 186 en 2014 et de 177 au recrutement (données reportées par le patient) et de 207 en 2014 et de 264 au recrutement (données reportées par le médecin).

^{††} Dernière valeur seulement disponible pour cette enquête (pas de moyenne des valeurs).

[§] Les effectifs pour les valeurs de tension artérielle sont de 193 en 2014 et de 236 au recrutement (données reportées par le patient) et de 205 en 2014 et de 270 au recrutement (données reportées par le médecin).

^{§§} Les effectifs pour les valeurs de cholestérol-LDL sont de 191 en 2014 et de 242 au recrutement pour les valeurs reportées par le médecin.

Dans le cadre de l'élaboration du PcD, une étude qualitative visant à explorer les expériences et opinions des patients diabétiques et des professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète avait été menée en 2010¹². Bien que les professionnels de santé ayant participé à ces focus groupes n'aient pas tous été médecins, certaines difficultés comme celle à motiver les patients à s'auto-prendre en charge et celle de la prise en charge diététique, évoquées en 2010, se retrouvaient décrites par les médecins traitants au suivi 2014. Si le manque de communication et les difficultés de collaboration entre les professionnels de santé ressortaient aussi comme problématique en 2010, cela ne semblait plus être le cas en 2014 puisque la majorité des médecins traitants rapportaient une satisfaction élevée au niveau de leurs collaborations avec d'autres professionnels de santé impliqués dans les soins du diabète. Le suivi 2014 montre ainsi une relativement bonne satisfaction des médecins traitants et des patients quant à la prise en charge du diabète. Ces résultats corroborent les hauts niveaux de satisfaction des patients suisses par rapport à leur système de santé, ce dernier étant jugé très performant et bien noté en comparaison internationale, dans les rapports de l'OCDE¹³.

Forces et limites de l'enquête

La principale force de notre cohorte réside non seulement dans le fait d'avoir relevé et évalué un grand nombre d'indicateurs de qualité lors du recrutement, mais encore de suivre ces indicateurs annuellement. Cette image globale et très complète de la prise en charge des patients diabétiques vaudois permettra d'évaluer cette prise en charge dans le temps. Le suivi 2014 étant le deuxième suivi complet de la cohorte CoDiab-VD, trois mesures sont maintenant disponibles pour chacun des participants. Il sera ainsi possible de conduire les premières analyses longitudinales qui compléteront les analyses transversales effectuées jusqu'à présent et qui permettront d'étudier l'évolution individuelle de chaque patient. Ces analyses seront ajoutées dans un second temps au présent rapport, et feront l'objet d'une discussion séparée.

Les résultats de cette enquête sont toutefois à interpréter en considérant plusieurs limites, déjà relevées pour la plupart dans les rapports précédents. Premièrement, le fait que la représentativité de l'échantillon de patients recrutés, par rapport à la population de patients diabétiques du canton de Vaud, ne peut être assurée. Les quelques caractéristiques disponibles, des patients recrutés en 2011-2012 (recrutement), sont toutefois très proches de celles des patients diabétiques de la cohorte CoLaus. Puis, le fait que les données auto-reportées par les patients peuvent autant sur- que sous-représenter la vraie mesure. Sans accès à d'autres types de données, l'utilisation de ces données peut être considérée comme appropriée pour suivre les résultats de mêmes patients, au cours du temps. Aussi, les seuils choisis de fréquence de contrôles, par exemple, pourraient être discutés. Ils reflètent toutefois ce qu'une très grande majorité d'enquêtes populationnelles et cliniques utilisent habituellement. Une autre limite importante, qui s'amplifie possiblement chaque année, est celle liée à la diminution régulière du nombre de participants. Une importante baisse, observée lors du suivi 2012, concernait

uniquement les patients recrutés en 2011, qui n'avaient pas été informés du suivi annuel car il avait été décidé après le recrutement de 2011. De plus, à chaque nouveau suivi, un certain nombre de participants font part de leur désir de sortir de la cohorte, définitivement ou temporairement. La diminution du collectif est également due à 27 patients décédés entre leur recrutement et le début du suivi 2014, ainsi qu'à une personne supplémentaire décédée après sa participation au suivi 2014. Tandis que les taux de participation à chaque suivi sont relativement satisfaisants (88% en 2013 et 84% en 2014), la proportion de patients recrutés en 2011-2012 qui ont participé au suivi 2014 est inférieure à 80%. Ce résultat doit toutefois être lié au fait que les participants et les non-participants au suivi 2014 ne sont en fait pas très différents les uns des autres (genre, nationalité, statut socioéconomique, habitudes de vie, santé générale, diabète, qualité de vie, utilisation des services de santé, satisfaction et évaluation de la prise en charge, information sur le diabète, difficultés de gestion du diabète, membre de l'AVD et connaissance du passeport diabète), mis à part que les participants au suivi 2014 étaient légèrement plus jeunes et semblaient en meilleure forme physique (moins d'hospitalisations, moins de recours à de l'aide à domicile pour les soins ou les tâches ménagères, meilleur score pour la composante physique du questionnaire de qualité de vie SF-12) au moment du recrutement, que les non-participants au suivi 2014. La dernière limite comprend le fait qu'il sera difficile d'évaluer l'impact de la mise en œuvre du PcD, développé au niveau du canton, sur les patients diabétiques puisque très peu de participants disent connaître les activités ou projets du PCD, et encore moins y ont pris part. Afin d'obtenir une nouvelle image populationnelle transversale, permettant une comparaison de résultats à 5 ans d'intervalle, une nouvelle enquête visant un nouvel échantillon de patients diabétiques est envisagée en 2016. Afin de permettre la comparabilité des résultats, cette dernière se déroulera exactement selon les mêmes modalités qu'en 2011-2012. Les résultats du suivi 2016 pourront eux aussi être comparés à ces nouvelles données populationnelles, et utilisées pour confirmer ou infirmer la représentativité des participants à la cohorte par rapport à la population des patients diabétiques vaudois.

Conclusions et pistes d'actions

La stabilité des résultats des indicateurs, satisfaisants comme non-satisfaisants, met en évidence le fait que certains aspects de la prise en charge du diabète doivent encore être améliorés dans le futur. Dans cette optique, des pistes d'actions sont présentées dans le Tableau 31 ci-dessous. Bien qu'une analyse longitudinale permettra une meilleure interprétation de la qualité des soins aux patients diabétiques grâce à l'évaluation individuelle des résultats de chaque patient, les constats mentionnés ci-après ne devraient pas différer grandement.

Tableau 31 **Constats et réponses possibles**

Constats	Arguments / Besoins	Réponses possibles
Indicateurs de processus spécifiques au diabète : valeurs atteintes insatisfaisantes, soit :	Risque augmenté de découvrir des complications à un stade avancé.	Sensibilisation aux risques encourus lors de la survenue de complications

- Contrôle annuel chez l'ophtalmologue ;	- Contrôle effectué chez 70% des participants, 5% reportant par ailleurs ne jamais avoir eu un tel contrôle. - Risque de diminution irréversible de la vision pouvant avoir un impact important sur la qualité de vie.	- Rendez-vous pris d'année en année, avec envoi d'un rappel quelques jours avant.
- Contrôle annuel des pieds ;	- Contrôle effectué chez 62% des participants. - Coûts et impact psychologique importants lors de l'amputation d'une partie du membre inférieur.	- Remboursement des contrôles préventifs chez les podologues, et pas seulement des traitements des complications déjà existantes.
- Contrôle annuel de la microalbuminurie ;	- Contrôle effectué chez 67% des participants. - Problèmes rénaux pouvant aboutir à une mise en dialyse voire une greffe de reins, engendrant des coûts importants et une qualité de vie grandement diminuée.	- Renforcer la sensibilisation des professionnels et des patients à la nécessité d'un dépistage précoce des modifications de la fonction rénale
- Vaccination grippale saisonnière.	- Vaccination effectuée chez 63% des participants, et processus de vaccination proposé à 88% des participants. - Refus de la vaccination par un quart des participants.	- Campagne de sensibilisation à la vaccination grippale, non spécifique au PcD, non seulement auprès des professionnels de santé, mais également des patients.
Problème d'autogestion, par les patients, des aspects diététiques et d'activité physique.	- Un nombre important de patients a reporté être obèse ou en surpoids (81%), et/ou inactifs (31%). - La difficulté à motiver les patients à changer leurs habitudes de vie sur le long terme ainsi que la mauvaise adhésion des patients aux recommandations d'exercice physique et aux conseils diététiques ont également été relevés comme non satisfaisants par les médecins traitants.	- Campagne toute population pour promouvoir l'activité physique et une alimentation saine - Impliquer plus activement, en leur référant certains patients, des acteurs du domaine de la santé différents des médecins, tels que des programmes/groupes de soutien pour l'activité physique ou des diététicien(ne)s. - Encourager d'avantage les patients à participer à des cours d'éducation thérapeutique qui traitent également ces aspects.
Contrôle insuffisant des facteurs de risque cardio-vasculaire autres que le surpoids/obésité et l'inactivité physique, soit :		Meilleure présentation des risques encourus.
- Tabagisme - Consommation d'alcool à risque	- 18% et 45% des participants, sont tabagiques actifs et reportent une consommation d'alcool à risque, respectivement. - Risque accru de développer des complications liées au diabète.	- Campagne prévention toute population pour le tabac et l'alcool. - Référer ou recommander une consultation chez un tabacologue ou autre spécialiste de la cessation tabagique ou la consommation d'alcool, quand nécessaire/approprié.
Domaines psychosociaux, soit :		
- Dépression	- 30% des participants sont dépistés positifs pour la dépression. - Risque accru de répercussion de la dépression sur l'état de santé et la gestion du diabète des patients concernés.	- Dépistage plus systématique de la dépression par les médecins traitants.
Programme cantonal Diabète (PcD)	Moins de 30% des participants disaient connaître le PcD	Meilleure visibilité du programme pour les patients

6 Références

- 1 Peytremann-Bridevaux I, Bordet J, Santschi V, Burnand B. Caractéristiques des patients diabétiques résidant dans le canton de Vaud et évaluation de leur prise en charge. Institut de médecine sociale et préventive, 2011
- 2 Peytremann-Bridevaux I, Bordet J, Zuercher E, Burnand B. Caractéristiques des patients diabétiques vaudois et évaluation de leur prise en charge : Rapport final (Recrutements 2011 et 2012). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013 (Raisons de santé, 211). 2013. Available from: http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds211_fr.pdf
- 3 Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*. 2000 Jul;23(7):943-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10895844>
- 4 McGuire BE, Morrison TG, Hermanns N, Skovlund S, Eldrup E, Gagliardino J, et al. Short-form measures of diabetes-related emotional distress: the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)-5 and PAID-1. *Diabetologia*. 2010 Jan;53(1):66-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19841892>

http://download.springer.com/static/pdf/426/art%253A10.1007%252Fs00125-009-1559-5.pdf?auth66=1412180574_ec4d217bbfe90f0fc4b4a61568eef2d2&ext=.pdf

http://download.springer.com/static/pdf/426/art%253A10.1007%252Fs00125-009-1559-5.pdf?auth66=1424075740_6912e48d261d6b1fea8a330f05aa6f0d&ext=.pdf
- 5 Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes care*. 2000 Jun;23(6):739-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840988>
- 6 Vaucher P, Bischoff T, Diserens EA, Herzig L, Meystre-Agostoni G, Panese F, et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. *BMJ open*. 2012;2(1):e000692. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22307103>
- 7 Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L, et al. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PloS one*. 2014;9(4):e94006. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24699726>
- 8 Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1994 Dec 14;272(22):1749-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7966923>
- 9 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*. 1997 Jul;12(7):439-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9229283>
- 10 Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RI, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national benchmarking of diabetes-

related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2013 Jul;30(7):767-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23711019>

11 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986 Jan;24(1):67-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>

12 Lauvergeon S, Mettler D, Peytremann-Bridevaux I. Exploration des expériences et des besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé dans le canton de Vaud. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010 (Raisons de santé, 174). 2010. Available from: http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds174_fr.pdf

13 OCDE. Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011. Editions OCDE. 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr>

7 Annexes

Annexe 1 Présence des questions dans les différents questionnaires au fil du temps

Questions	Recrutement		Suivis		
	2011	2012	2012	2013	2014
Questionnaire de base					
Diagnostique et complications du diabète					
Type de diabète	X	X	X	X	
Durée du diabète	X	X			
Complications (question modifiée en 2014)	X	X	X	X	X
Traitement du diabète et surveillance glycémique					
Traitement (question modifiée par ajout d'injection autre que insuline aux suivis)	X	X	X	X	X
Compliance médicamenteuse (4 questions de Moriski)	X	X			
Surveillance glycémique à domicile	X	X	X	X	
Raisons de -surveillance glycémique à domicile				X	
Proposition par le médecin de surveiller la glycémie à domicile	X	X			
Contrôles médicaux annuels et valeurs					
Connaissance de l'HbA1C	X	X	X	X	X
Mesure de l'HbA1C (12m)	X	X	X	X	X
Connaissance du dernier résultat d'HbA1C			X	X	X
Dernière valeur HbA1C	X	X	X	X	X
Mesure du cholestérol (12m)	X	X	X	X	X
Mesure de la microalbuminurie (12m)	X	X	X	X	X
Contrôle des yeux (12m - 24m)	X	X	X	X	X
Contrôle des pieds par un médecin (12m)	X	X			
Contrôle des pieds par une infirmière (12m)	X	X			
Contrôle des pieds par un professionnel de santé (12m)			X	X	X
Utilisation d'un instrument pour le contrôle des pieds			X	X	X
Quel professionnel a effectué le contrôle des pieds			X	X	X
Contrôle du poids (12m)	X	X	X	X	X
Poids actuel	X	X	X	X	X
Taille actuelle	X	X	X	X	X
Mesure de la tension artérielle (12m)	X	X	X	X	X
Connaissance du dernier résultat de tension			X	X	X
Dernières valeurs de TAS et TAD	X	X	X	X	X
Recommandations par le médecin					
Recommandations diététiques par le médecin (12m)	X	X	X	X	
Recommandations d'aller voir une diététicienne par le médecin	X	X			
Recommandations d'activité physique par le médecin (12m)	X	X	X	X	
Vaccinations					

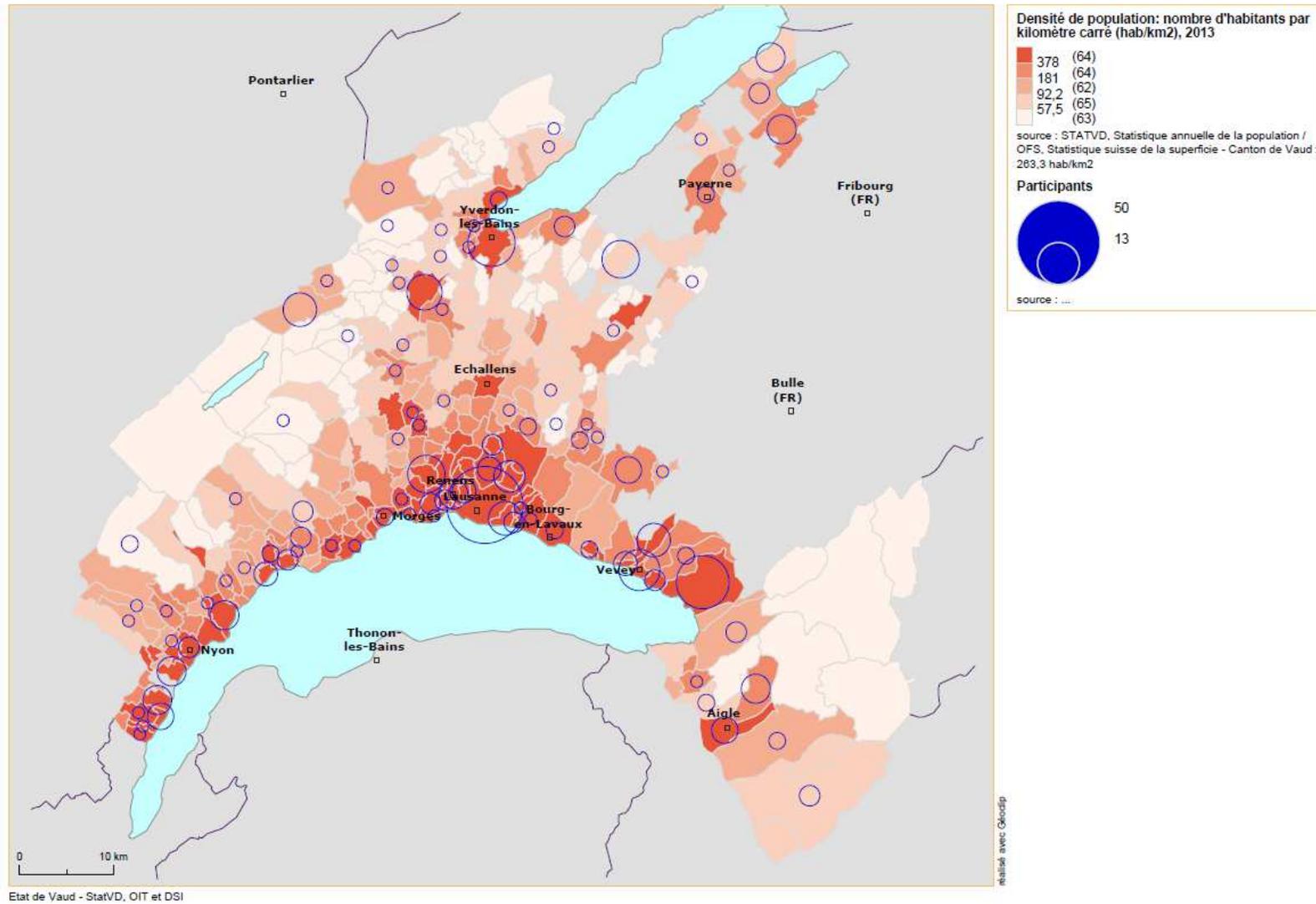
Questions	Recrutement		Suivis		
	2011	2012	2012	2013	2014
Vaccination grippale (12m) (question affinée par précision des raisons de - vaccination)	X	X	X	X	X
Vaccination pneumocoque				X	
Cours d'éducation thérapeutique					
Proposition par le médecin de participer à des cours d'éducation thérapeutique	X	X			
Proposition par le médecin de participer à des cours d'éducation thérapeutique lors de l'introduction de l'insuline	X	X			
Participation a des cours d'éducation thérapeutique (laps de temps)	X	X			
Participation a des cours d'éducation thérapeutique (X/)			X	X	
Date de la participation au cours d'éducation thérapeutique			X	X	
Raisons de non-participation à cour d'éducation thérapeutique				X	
Participation a des cours d'éducation thérapeutique (12m)					X
Compétence en matière de santé (« Health literacy »)					
Health literacy (une question)				X	X
Utilisation des services de santé					
Utilisation des services de santé, consultation (12m)	X	X	X	X	X
Consultation médecin de famille	X	X	X	X	X
Consultation médecin diabétologue	X	X	X	X	X
Consultation infirmière en diabétologie	X	X	X	X	X
Consultation diététicienne	X	X	X	X	X
Consultation podologue	X	X	X	X	X
Consultation pharmacien			X	X	X
Consultation pharmacie sans contact avec le pharmacien				X	X
Consultation physiothérapeute			X	X	X
Consultation dentiste				X	X
Consultation autre professionnel, lequel?			X	X	X
Raison de -passage à la pharmacie (12m)					X
Hospitalisation (12m)	X	X	X	X	X
Consultation d'urgence (12m)	X	X	X	X	X
Aide professionnel du CMS (12m)	X	X	X	X	X
Aide à domicile (12m)	X	X	X	X	X
Repas à domicile (12m)					X
Principal prestataire de soin pour les problèmes de diabète					X
Principal prestataire de soin pour les autres problèmes de santé					X
Renoncement aux soins à cause du prix (12m)	X	X	X		X
Quels soins ont été renoncés (12m)	X	X	X		X
Renoncement aux soins pour d'autres raisons que le prix (12m)					X
Quels autres raisons de renoncement (12m)					X
Précarité					
Question de précarité financière (12m)					X
Satisfaction et soutien – Information					
Satisfaction de la prise en charge actuelle	X	X	X	X	
Recommandation de la prise en charge	X	X			
Soutient / disponibilité de l'équipe de soin	X	X			

Questions	Recrutement		Suivis		
	2011	2012	2012	2013	2014
Satisfaction du soutien de l'équipe de soin	X	X			
Soutien de l'entourage	X	X			
Satisfaction du soutien de l'entourage	X	X			
Sentiment d'information sur le diabète	X	X	X	X	
Qui fournit l'information sur le diabète	X	X			
Sentiment d'efficacité personnelle (« Self-efficacy »)					
Difficulté de gestion du diabète au quotidien	X	X	X	X	
Difficulté de gestion du diabète par rapport à l'activité physique	X	X	X	X	
Difficulté de gestion du diabète par rapport au traitement	X	X	X	X	
Difficulté de gestion du diabète par rapport à l'alimentation	X	X	X	X	
Gestion de la vie avec le diabète			X	X	
Self-efficacy (questionnaire de Stanford)			X	X	X
Prise en charge globale					
Evaluation des soins reçus pour le diabète (PACIC-26)	X	X		X	
Evaluation des soins reçus pour le diabète (PACIC-20)			X		X
Aspects psychosociaux du diabète					
Activités d'autogestion du diabète (SDSCA-2)					X
Alimentation					X
Activité physique					X
Test du taux de glycémie					X
Soin des pieds					X
Médicaments					X
Divers problèmes liés au diabète (PAID-5)					X
Echelle d'autonomisation de personnes vivant avec le diabète (DES-SF)					X
Tabac – Alcool – Activité physique					
Tabagisme	X	X	X	X	X
Nombre d'années de tabagisme	X	X			
Produits fumés	X	X			
Nombre de cigarettes fumées en moyenne	X	X	X	X	X
Conseil du médecin pour arrêter de fumer	X	X	X	X	X
Consommation d'alcool (AUDIT-C)	X	X	X	X	X
Problèmes d'alcool passé - présent	X	X			
Activité physique (score d'inactivité, ESS 2007)	X	X	X	X	X
Comorbidités et dépression					
Comorbidités	X	X	X	X	X
Screening de la dépression	X	X	X		X
Qualité de vie					
Qualité de vie générique (SF-12)	X	X	X	X	X
Qualité de vie générique (EQ-5D)				X	X
Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL)	X	X	X	X	X
Caractéristiques générales et statut socio-économique					
Genre	X	X			
Date de naissance	X	X			

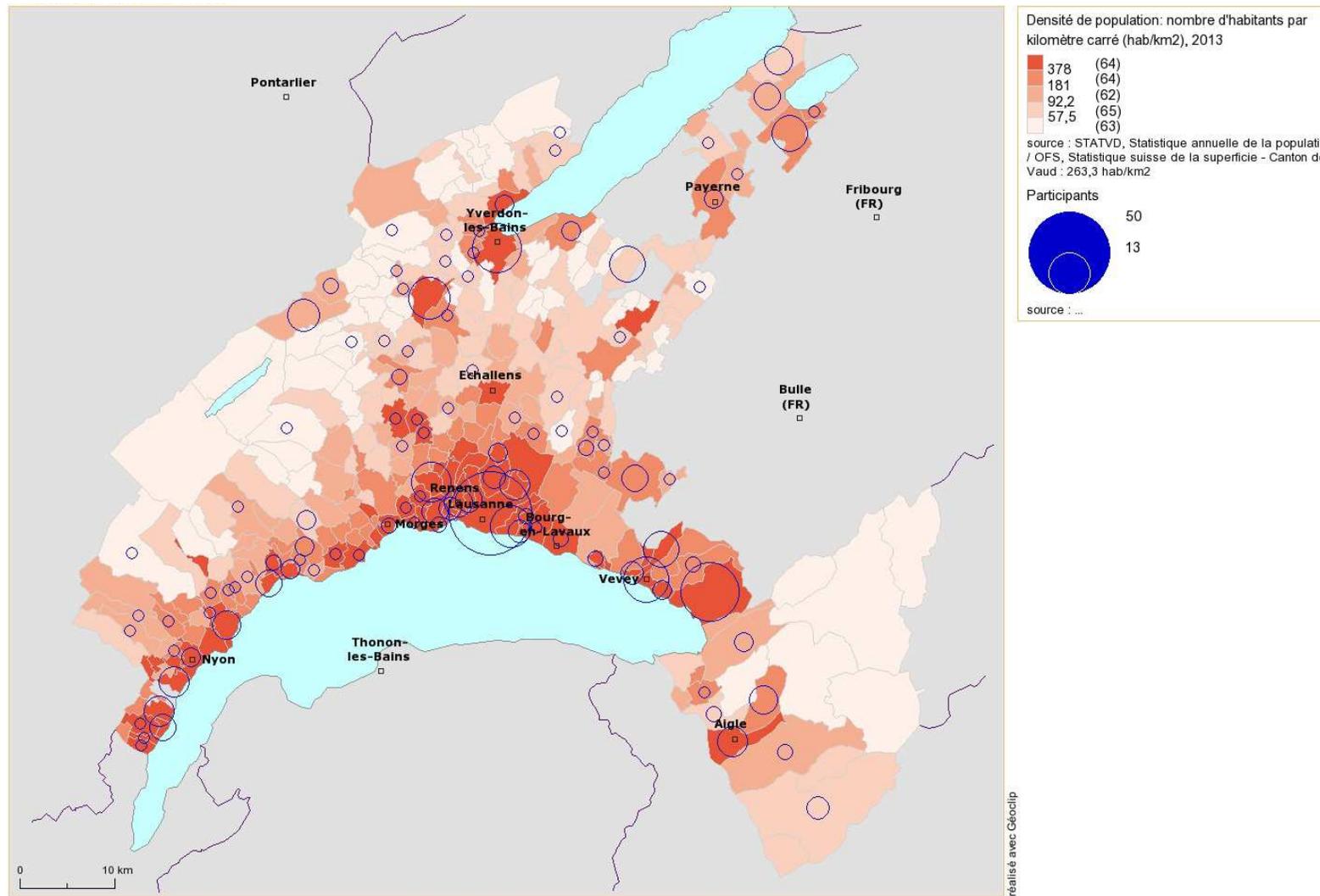
Questions	Recrutement		Suivis		
	2011	2012	2012	2013	2014
Zone d'habitation	X	X	X		
Nationalité	X	X			
Etat civil	X	X			
Nombre de cohabitant	X	X	X	X	X
Revenu mensuel brut du ménage	X	X	X	X	
Education / formation	X	X			
Situation professionnelle actuelle (question légèrement modifiée selon les années)	X	X	X	X	X
Activité professionnelle actuelle ou dernière activité	X	X	X		
Assurance					
Modèle d'assurance (LAMal)	X	X	X	X	X
Assurance complémentaire hospitalisation	X	X	X	X	
Subvention pour assurance de base (LAMal)	X	X	X	X	X
Programme cantonal Diabète (PcD)					
Connaissance de l'Association Vaudoise du Diabète (AVD)			X	X	
Membre de l'AVD	X	X	X	X	X
Depuis quand êtes-vous membre de l'AVD?					X
Connaissance du passeport diabète	X	X	X		
Utilisation du passeport diabète	X	X	X		
Réception du passeport diabète	X	X	X		
Connaissance du PcD			X	X	
Visite du site internet du PcD			X	X	
Activités du programme cantonal diabète (connaissance / participation)			X	X	X
Campagne de dépistage en pharmacie (novembre 2011)		X	X		
EVIVO (devenir acteur de sa vie, méthode Stanford)		X	X	X	X
Ça marche! Bouger plus, manger mieux		X	X	X	X
Suivi par filière de soins CaP'Diab (partenariat médecin-infirmière)		X	X	X	X
Suivi par filière de soins Diabaide		X	X	X	X
DIAfit (programme d'activité physique pour diabétiques type 2)			X	X	X
Campagne d'affichage pour le test "Évaluez votre risque de diabète" sur le site internet www.vd.ch/diabete			X		
Consultation podologique / pied à risque (connaissance / consultation)				X	X
Consultation "Néphropathie diabétique" (connaissance / consultation)					X
Passeport diabète (connaissance / utilisation)				X	X
Programme cantonal diabète (connaissance / visite du site internet)					X
Commentaire libre					
Commentaire libre	X	X	X	X	X
Modules spécifiques					
Module "Pied diabétique" (Suivi 2013)					
Prise en charge du pied diabétique					
Contrôle des pieds par un professionnel de santé (12m)				X	
Utilisation d'un instrument pour le contrôle des pieds				X	
Information transmise après le contrôle				X	
Précision transmise après le contrôle				X	
Quel professionnel a effectué le contrôle des pieds				X	

Questions	Recrutement		Suivis		
	2011	2012	2012	2013	2014
Discussion avec un médecin des mesures de prévention des problèmes de pieds (12m)				X	
Discussion avec un autre professionnel de santé des mesures de prévention des problèmes de pieds (12m)				X	
Information sur le pied diabétique					
Information concernant les mesures de prévention (12m)				X	
Comment cette information a été obtenue				X	
Par qui cette information a été donnée				X	
Vous a-t-on montré les gestes à faire pour prévenir les problèmes de pieds (12m) (7 gestes)				X	
Sentiment d'information sur les mesures de prévention				X	
Sentiment d'information sur l'attitude à avoir en cas de problème au pied				X	
Savoir à qui s'adresser en cas de lésion au pied				X	
Connaissance sur les problèmes de pieds					
Comment pourrait-on constater un problème de pied (4 sous-questions)				X	
La cause la plus importante des problèmes de pied				X	
Ce qui peut être fait pour éviter un problème de pied (10 sous-questions)				X	
Les problèmes de pieds (passés et présents)					
Les antécédents de problème de pieds				X	
Les problèmes de pieds actuels				X	

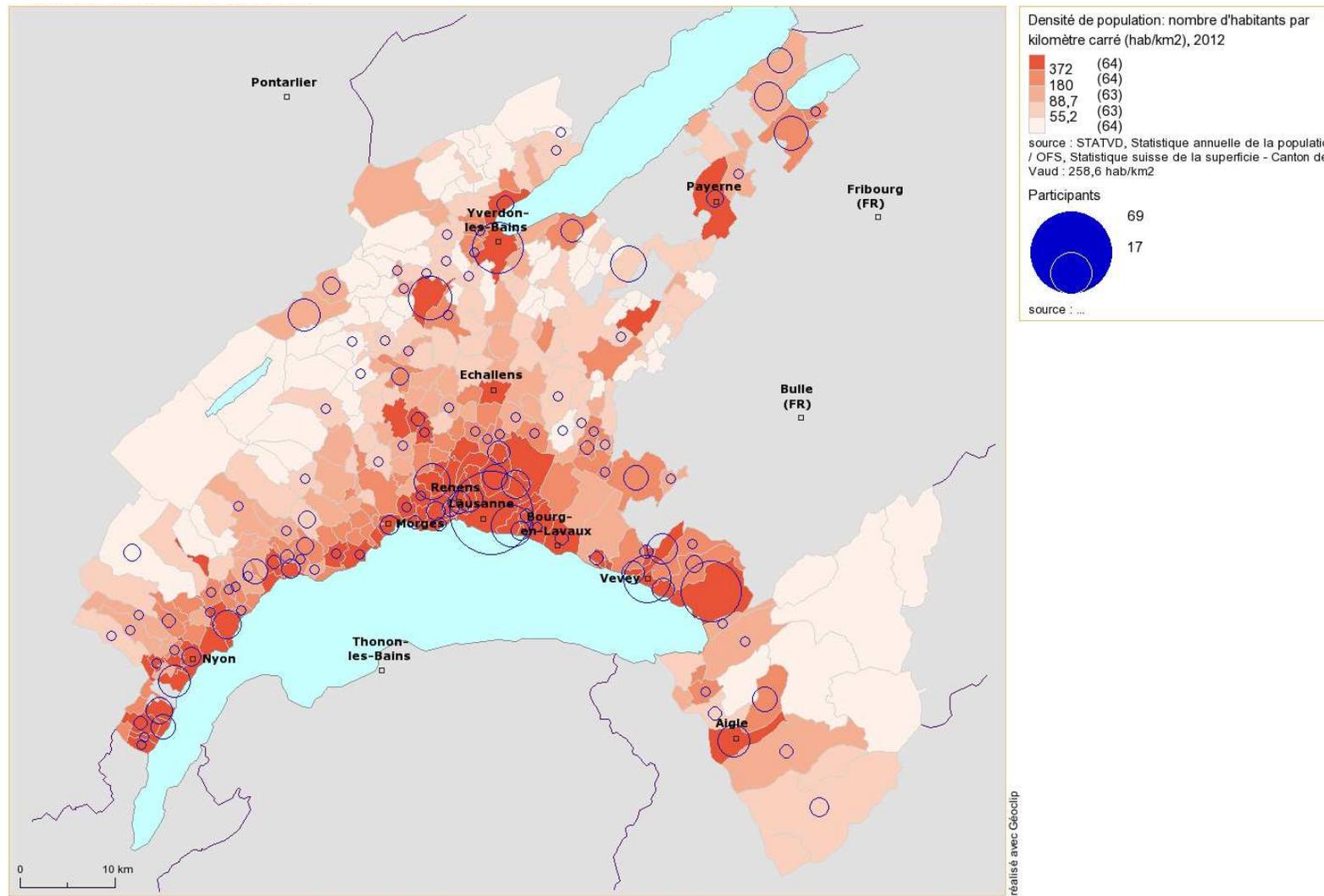
Annexe 2 Participation au suivi 2014, en fonction de la commune de résidence



Annexe 3 Participation au suivi 2013, en fonction de la commune de résidence



Annexe 4 Participation au recrutement 2011-2012, en fonction de la commune de résidence



Annexe 5 Comparaison des résultats de CoDiab-VD avec ceux de DAWN2 pour les caractéristiques des participants

	CoDiab-VD suivi 2014 (n=339)	DAWN2 ¹⁰ (n=8596)
Age (ans), médiane (écart interquartile)	68 (60-73)	57.0 (45-64)
Femmes	37.5%	47.4%
BMI, médiane (écart interquartile)	29.4 (25.7-33.3)	27.1 (23.9-31.2)
Vit seul à domicile	23.2%	14.8%

Annexe 6 Comparaison des résultats de CoDiab-VD avec ceux de DAWN2 pour les réalités psychosociales de la vie avec le diabète

	CoDiab-VD suivi 2014 (n=339)	DAWN2 ¹⁰ (n=8596)
PAID-5 : détresse émotionnelle *		
Score global, moyenne \pm DS (de 0 à 100)	26.2 \pm 24.8	35.2 \pm 24.2
Score global, moyenne \pm DS (de 0 à 20)	5.2 \pm 5.0	-
DES-DSF : autonomisation **		
Score global		42.1 \pm 21.4
SDSCA-6 : autogestion du diabète		
Au cours des 7 derniers jours, combien de jour...		
- avez-vous eu une alimentation saine et équilibrée ?	5.3 \pm 1.6	5.3 \pm 2.2
- avez-vous pratiqué une activité physique pendant au moins 30 minutes ?	3.7 \pm 2.4	3.8 \pm 2.7
- avez-vous testé votre glycémie ?	4.4 \pm 2.8	3.4 \pm 2.8
- avez-vous testé votre glycémie le nombre de fois recommandé par un professionnel de la santé ?	4.1 \pm 2.9	3.2 \pm 2.8
- avez-vous examiné vos pieds ?	4.0 \pm 2.7	3.2 \pm 2.9
- avez-vous pris les médicaments recommandés pour le traitement de votre diabète ?	6.9 \pm 0.9	6.1 \pm 1.8
PACIC-DSF[†]		
On m'a demandé comment mon diabète affecte ma vie. (% reportant « Très souvent » ou « Toujours »)	31.7%	23.7%
J'étais satisfait(e) de l'organisation des soins. (% reportant « Très souvent » ou « Toujours »)	81.9%	47.3%

* Le score global du PAID-5, pour l'étude DAWN-2, va de 0 à 100. Afin de permettre une comparaison entre les enquêtes, nos scores doivent être multipliés par un facteur de 5. Un score ≥ 40 est considéré comme un indicateur d'une grande détresse émotionnelle liée au diabète.

** Les DES-DSF est très différent du DES-SF que nous avons utilisé pour notre enquête ; de ce fait, il n'est pas possible de comparer leurs résultats.

† La limite de temps considérée n'est pas la même pour les deux enquêtes ; 6 mois pour CoDiab-VD et 12 mois pour DAWN2.

PAID-5 : Problem Areas in Diabetes Questionnaire, 5 items ; DES-DSF : Diabetes Empowerment Scale-DAWN Short Form ; SDSCA-6 : Summary of Diabetes Self-Care Activities Assessment, 6 items ; PACIC-DSF : Patient Assessment of Chronic Illness Care-DAWN Short Form

Note : les noms des questionnaires utilisés dans ce tableau sont ceux utilisés dans l'étude DAWN2.

