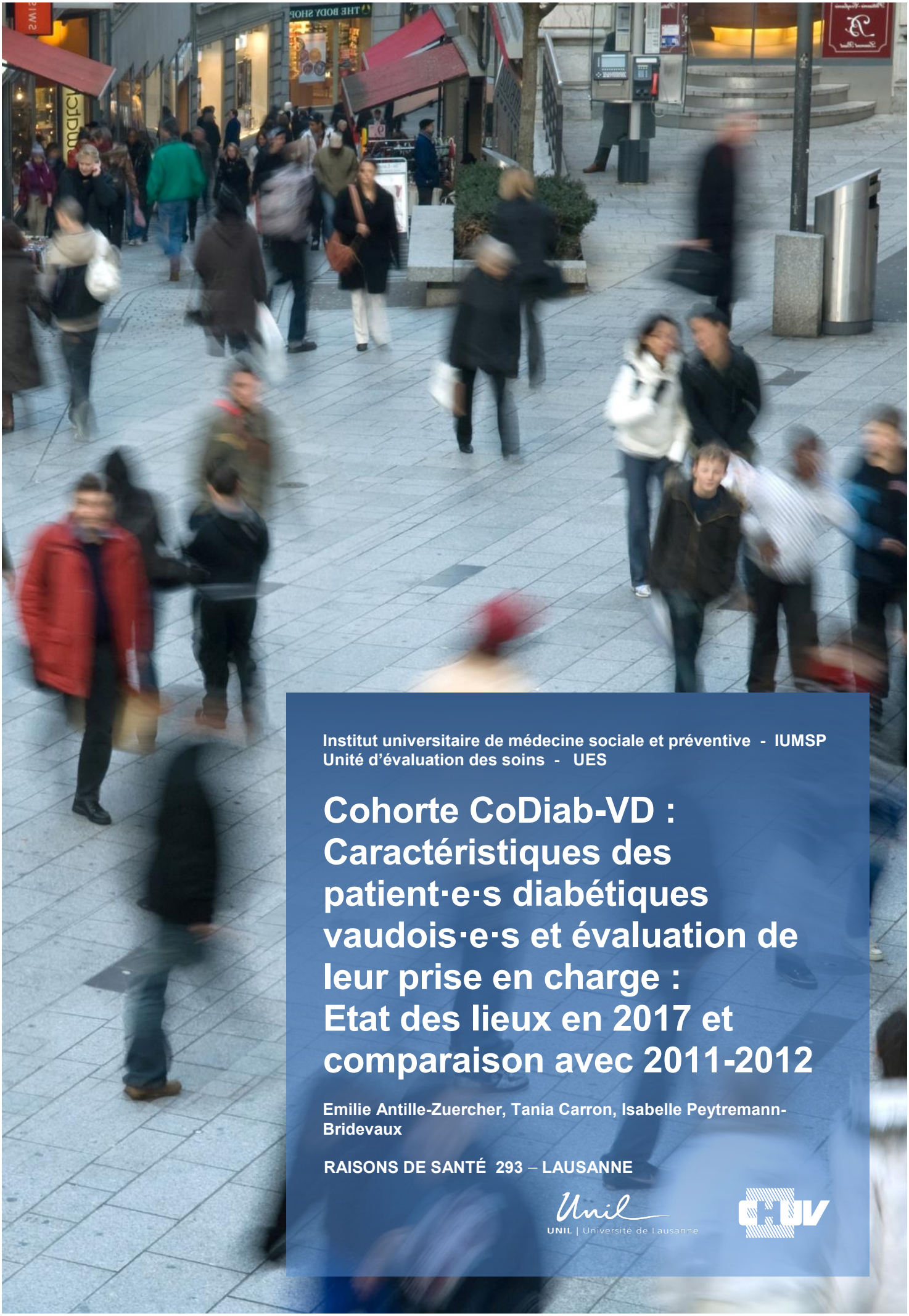


Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Unité d'évaluation des soins - UES

Cohorte CoDiab-VD : Caractéristiques des patient·e·s diabétiques vaudois·e·s et évaluation de leur prise en charge : Etat des lieux en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Emilie Antille-Zuercher, Tania Carron, Isabelle Peytremann-Bridevaux

RAISONS DE SANTÉ 293 – LAUSANNE

UNIL | Université de Lausanne

CHUV

Raisons de santé 293

Etude financée par :

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

Prof. Isabelle Peytremann-Bridevaux a éte financée de 2013 à 2017 par la Swiss School of Public Health+ [Assistant Professorship grant], et préalablement par le Fonds National Suisse de la Recherche [PROSPER Nos. 32333B-123817 et 32333B-139789].

Citation suggérée

Antille-Zuercher E, Carron T, Peytremann-Bridevaux I. Cohorte CoDiab-VD : Caractéristiques des patient·e·s diabétiques vaudois·e·s et évaluation de leur prise en charge : Etat des lieux en 2017 et comparaison avec 2011-2012. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018 (Raisons de santé 293).
http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/293

Remerciements

Nous remercions les pharmacies ayant participé au nouveau recrutement de patient·e·s diabétiques en 2017, ainsi que celles qui avaient participé au recrutement initial en 2011-2012. De même nous remercions les personnes de la SVPh et de la PMU avec qui nous avons mis en place le nouveau recrutement, ainsi que les personnes des chaînes de pharmacies (Amavita/Sunstore, BENU, Coop Vitality) qui nous ont fourni les listes de leurs pharmacies vaudoises et ont informé et encouragé celles-ci à participer à l'enquête.
Nous tenons également à remercier chaleureusement les patient·e·s diabétiques de la cohorte CoDiab-VD et ceux·elles nouvellement recruté·e·s en 2017, sans qui ce projet n'aurait pu exister.
Nous remercions aussi toutes les personnes qui ont participé de proche ou de loin à ce projet et fourni des conseils, notamment celles ayant participé à des groupes de travail.

Date d'édition

Janvier 2019

© CHUV - DUMSC
ISSN 1660-7104

Table des matières

1 Executive summary 11
1.1 Abstract 13
1.2 Mots clés 13
1.3 Introduction 13
1.4 Méthode et déroulement de l'étude 14
1.5 Résultats et discussion 15
2 Introduction 23
2.1 Le mandat 25
2.2 Buts de la cohorte CoDiab-VD 25
2.3 Objectifs du présent rapport 26
3 Méthodes 27
3.1 Type d'étude 29
3.2 Population cible 30
3.3 Etapes du recrutement 2017 30
3.3.1 Méthode de recrutement des patient·e·s 30
3.3.2 Taille d'échantillon 31
3.3.3 Collaboration et communication au sujet du recrutement 2017 31
3.3.4 Dédommagement des participant·e·s 32
3.4 Etapes du suivi annuel 2017 33
3.5 Participation 33
3.5.1 Participation aux recrutements 2011-2012 et 2017 33
3.5.2 Participation au suivi 2017 35
3.6 Données recueillies 35
3.6.1 Critères d'évaluation primaire et secondaire 36
3.6.2 Module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie » 37
3.7 Analyses statistiques 38
3.8 Commission d'éthique 39
4 Résultats 41
4.1 Résultats du recrutement 2017 43
4.1.1 Caractéristiques des pharmacies du recrutement 2017 43
4.1.2 Caractéristiques des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 44
4.1.3 Habitudes de vie et état de santé des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 47
4.1.4 Description du diabète des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 49
4.1.5 Indicateurs de processus des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 52
4.1.6 Indicateurs de résultats des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 61

4.1.7 Autres critères d'évaluation des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 ... 67
4.1.8 Activités du Programme cantonal Diabète (PcD), résultats pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement ... 72
4.1.9 Analyses de sous-groupes pour le recrutement 2017 ... 73
4.2 Résultats du module « Votre prise en charge en pharmacie » ... 74
4.3 Résultats du suivi annuel 2017 ... 80
5 Discussion et conclusions ... 83
6 Références ... 91
7 Annexes ... 95
7.1 Méthode ... 97
7.1.1 Taille d'échantillon ... 97
7.1.2 Communication au sujet du recrutement 2017 ... 99
7.1.3 Participation ... 100
7.2 Données récoltées ... 106
7.3 Module « Votre prise en charge en pharmacie » ... 118
7.4 Résultats des analyses exploratoires de sous-groupes du recrutement 2017 ... 122
7.5 Résultats de CoDiab-VD de 2011 à 2017, recrutements et suivis ... 131

Liste des tableaux

Tableau 1 Données récoltées dans le questionnaire 2017 de CoDiab-VD 14

Tableau 2 Critères d'évaluation primaire : HbA1c, qualité de vie et prise en charge globale 17

Tableau 3 Application des critères suisses de la SSED aux données de CoDiab-VD 18

Tableau 4 Critères d'évaluation primaire et secondaire, et autres variables récoltées 36

Tableau 5 Contenu du module « Votre prise en charge en pharmacie » 38

Tableau 6 Caractéristiques des pharmacies participantes et non-participantes au recrutement 2017 43

Tableau 7 Caractéristiques des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 45

Tableau 8 Habitudes de vie et état de santé des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 47

Tableau 9 Caractéristiques du diabète auto-rapportées par les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 50

Tableau 10 Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus (12 derniers mois) pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 53

Tableau 11 Contrôle des pieds : questions spécifiques à 2017 55

Tableau 12 Autres indicateurs de processus (sans fenêtre de temps) pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 57

Tableau 13 Utilisation des services de santé (12 derniers mois) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 59

Tableau 14 Répartition des visites chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste et chez le·la médecin diabétologue (recrutement 2017 n=514, recrutement 2011-2012 n=519) 61

Tableau 15 Critères d'évaluation primaire : HbA1c et qualité de vie des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 62

Tableau 16 Prise en charge globale (PACIC, moyenne des scores) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 65

Tableau 17 Tension artérielle des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 67

Tableau 18 Questionnaire d'efficacité personnelle de Stanford (moyenne des scores) pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement 68

Tableau 19 Sentiment d'efficacité personnelle (pourcentage) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 69

Tableau 20 Satisfaction générale et soutien de l'équipe de prise en charge pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 70

Tableau 21 Sentiment d'information sur le diabète des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 71

Tableau 22 Compétence en matière de santé (« health literacy », fréquence des problèmes de compréhension) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement 72
Tableau 23 Taux de participation aux activités mises sur pied par le PcD pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement 72
Tableau 24 Application des critères suisses de la SSED aux données de CoDiab-VD du recrutement 2017 et du recrutement 2011-2012 87
Tableau 25 Critères d'évaluation primaire : Intervalles de confiance à 95%, estimés pour un échantillon de 500 patient·e·s 97
Tableau 26 Tailles d'échantillon nécessaires pour détecter un changement donné de résultats primaires, avec une puissance de 80% (alpha 0.05) 98
Tableau 27 Etapes de communication du recrutement 2017 99
Tableau 28 Caractéristiques des participant·e·s et non-participant·e·s au suivi 2017 102
Tableau 29 Variables modifiées entre les questionnaires de 2011-2012 et de 2017 106
Tableau 30 Variables présentes dans le questionnaire 2017, mais pas dans celui de 2011-2012 107
Tableau 31 Variables présentes dans le questionnaire de 2011-2012, mais non reprises dans celui de 2017 108
Tableau 32 Présence des questions dans les différents questionnaires au fil du temps 109
Tableau 33 Analyses de sous-groupes : HbA1c, scores de qualité de vie, tension artérielle et PACIC (moyennes) 128
Tableau 34 Caractéristiques générales des patient·e·s 131
Tableau 35 Habitudes de vie et état de santé 134
Tableau 36 Caractéristiques du diabète auto-rapportées par les participant·e·s 136
Tableau 37 Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus (12 derniers mois) 139
Tableau 38 Contrôle des pieds 144
Tableau 39 Autres indicateurs de processus (sans fenêtre de temps) 146
Tableau 40 Utilisation des services de santé (12 derniers mois) 148
Tableau 41 Critères d'évaluation primaire : HbA1c et qualité de vie 151
Tableau 42 Prise en charge globale (PACIC, moyenne des scores) 153
Tableau 43 Tension artérielle 155
Tableau 44 Questionnaire de Stanford (« self-efficacy », moyenne des scores) 156
Tableau 45 Sentiment d'efficacité personnel (« self-efficacy », pourcentages) 157
Tableau 46 Satisfaction générale et soutien de l'équipe de prise en charge 159
Tableau 47 Sentiment d'information sur le diabète 160
Tableau 48 Compétence en matière de santé (Health literacy) : fréquence des problèmes de compréhension 160
Tableau 49 Participation à des activités mises sur pied par le PcD 161
Tableau 50 Application des critères suisses de la SSED aux données de CoDiab-VD de 2011-2012 à 2017 162

Liste des figures

Figure 1 Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus de soins, effectués au cours des 12 derniers mois 16

Figure 2 Utilisation des services de santé : fréquence des visites chez différent·e·s professionnel·le·s de santé au cours des 12 derniers mois 19

Figure 3 Déroulement de la cohorte CoDiab-VD 29

Figure 4 Diagramme de flux : participation des pharmacies et des patient·e·s diabétiques lors des recrutements 2011-2012 et 2017 34

Figure 5 Comorbidités des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 49

Figure 6 Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL, moyennes des scores des dimensions) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012 64

Figure 7 Médicaments et rapport à la pharmacie 74

Figure 8 Opinion des patient·e·s quant à leur traitement 75

Figure 9 Facteurs influençant le choix de la pharmacie : « Quelle importance accordez-vous aux aspects ci-dessous lorsque vous allez dans une pharmacie ? » 76

Figure 10 Informations souhaitées lors de l'introduction d'un nouveau médicament : « Quelles informations souhaiteriez-vous recevoir de la part du·de la pharmacien·ne ou du·de la médecin lorsque vous commencez à prendre un nouveau médicament ? » 77

Figure 11 Aide pour soutenir la prise de médicaments 78

Figure 12 Services proposés en pharmacie 79

Figure 13 Avis sur le rôle des pharmacien·ne·s 80

Figure 14 Participation à la cohorte CoDiab-VD 100

Figure 15 Les 4 pages du module telles que présentées dans le questionnaires 2017 118

Figure 16 Contrôles de l'HbA1c durant les 12 derniers mois (% parmi les patient·e·s connaissant l'HbA1c, n=389) 122

Figure 17 Contrôle chez l'ophtalmologue (%, n=510) 122

Figure 18 Contrôle des lipides durant les 12 derniers mois (%, n=508) 123

Figure 19 Contrôle des pieds par un·e professionnel·le de santé durant les 12 derniers mois (%, n=499) 123

Figure 20 Utilisation d'un instrument pour l'examen des pieds, parmi ceux·elles ayant reporté en avoir eu un dans les 12 derniers mois (%, n=344) 124

Figure 21 Contrôle des urines durant les 12 derniers mois (microalbuminurie) (%, n=507) 124

Figure 22 Contrôle de la tension artérielle durant les 12 derniers mois (%, n=506) 125

Figure 23 Contrôle du poids durant les 12 derniers mois (%, n=505) 125

Figure 24 Vaccination grippale durant les 12 derniers mois (%, n=508) 126
Figure 25 Recommandations diététiques par un·e professionnel·le de santé durant les 12 derniers mois (%, n=506) 126
Figure 26 Recommandations d'activité physique par un·e professionnel·le de santé durant les 12 derniers mois (%, n=505) 127
Figure 27 Catégories de valeurs d'HbA1c (n=273) 129
Figure 28 Scores des dimensions de qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), par type de traitement (moyennes) 129
Figure 29 Scores des dimensions de qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), en fonction de la présence de complications (moyennes) 130
Figure 30 Scores des dimensions de qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), en fonction de la durée du diabète (moyennes) 130
Figure 31 Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL, moyennes des scores des dimensions) 152

Liste des abréviations

ADDQoL	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire
ADO	Antidiabétique oral
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Association vaudoise du diabète
CCM	Chronic Care Model
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMS	Centre médico-social
CoDiab-VD	Cohorte des patient·e·s diabétiques vaudois·es
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DiPCare-Q	Deprivation in Primary Care Questionnaire
DS	Déviation standard
ESS	Enquête Suisse sur la Santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
IC95%	Intervalle de confiance à 95 %
IMC	Indice de masse corporelle
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
kg	Kilogramme
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
mmHg	millimètre de mercure
MCS	Mental component score
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
PcD	Programme cantonal Diabète
PCS	Physical component score
SF-12	Short Form-12
SSED	Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie
SVPh	Société Vaudoise de Pharmacie
TA	Tension artérielle
TAD	Tension artérielle diastolique
TAS	Tension artérielle systolique
VD	Vaud
vs	versus
12m	12 mois

1

Executive summary

1 Executive summary

1.1 Abstract

En 2017, un second recrutement de la cohorte des patient·e·s diabétiques vaudois·es (CoDiab-VD) a permis d'obtenir une nouvelle image populationnelle du diabète et de sa prise en charge dans le canton de Vaud. Bien que cette dernière fût déjà relativement satisfaisante lors du premier recrutement de 2011-2012, la marge d'amélioration qui demeurait n'a pas été comblée. Ainsi, les indicateurs de qualité des soins satisfaisants lors du recrutement initial le sont restés lors du second, et ceux non-satisfaisants le sont restés également pour la plupart. Six ans après le développement des premiers projets mis sur pieds dans le cadre du PcD, l'amélioration de la prise en charge du diabète, qui aurait pu être espérée et telle que mesurée dans notre étude, n'est pas encore perceptible parmi les participant·e·s de la cohorte CoDiab-VD, que nous espérons être représentatif·ve·s de la population générale des personnes diabétiques du canton de Vaud. Ces résultats ne doivent en revanche pas laisser penser que les activités du PcD n'ont eu aucun effet sur les patient·e·s et leur prise en charge. Parmi les raisons envisageables, on peut citer : la difficulté à mesurer les changements, une durée d'enquête encore trop courte pour les mesurer ou une pénétration trop restreinte des actions sur la totalité du canton pour observer des changements au niveau populationnelle. Il est en outre important de rappeler que les résultats 2017 ne sont pas uniquement le fruit des mesures mises en place dans le but d'améliorer la prise en charge et l'état de santé des patient·e·s. Ils sont en effet déterminés par une multitude d'autres facteurs externes aux actions du PcD, et non-mesurés dans le cadre de cette étude, tels que des phénomènes plus globaux d'ordre social ou politique par exemple.

1.2 Mots clés

Cohorte CoDiab-VD, diabète, prise en charge, qualité des soins, pharmacie, Programme cantonal Diabète, Vaud

1.3 Introduction

Lors de la législature 2008-2012, un programme visant à lutter contre le diabète et ses conséquences a été développé dans le canton de Vaud : le Programme cantonal Diabète (PcD). Celui-ci a été initié en 2010 dans le but de limiter l'incidence et la prévalence du diabète, et d'améliorer la prise en charge des personnes diabétiques.

Dans le cadre du développement et de l'évaluation du PcD, l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandaté pour conduire une enquête visant à caractériser les patient·e·s diabétiques vaudois·es et décrire leur prise en charge. Les personnes ayant participé à cette enquête en 2011-2012 ont constitué la base de la cohorte des patient·e·s diabétiques

vaudois·es (CoDiab-VD) et sont suivi·e·s annuellement depuis. En 2017, un nouveau recrutement de patient·e·s diabétiques a été effectué afin d'observer l'évolution de la prise en charge du diabète dans le canton de Vaud 6 ans après la mise en œuvre des premiers projets du PcD, et également dans le but d'augmenter le collectif de la cohorte CoDiab-VD.

1.4 Méthode et déroulement de l'étude

Le recrutement 2017 effectué par le biais de 111 des 252 pharmacies d'officine du canton de Vaud, a permis l'inclusion de 514 nouveaux·elles patient·e·s diabétiques dans la cohorte CoDiab-VD. Lors du premier recrutement en 2011-2012, 519 personnes avaient été incluses dans la cohorte ; en 2017, 276 de ces dernières ont participé au suivi annuel habituel de la cohorte CoDiab-VD.

La population ciblée lors des recrutements (2011-2012 et 2017) étaient les patient·e·s diabétiques (type 1 ou 2 diagnostiqué depuis au moins 12 mois), adultes (≥ 18 ans), résidant dans le canton de Vaud et non-institutionalisé·e·s, se rendant à la pharmacie avec une ordonnance relative au diabète. Les personnes présentant des troubles cognitifs manifestes, ayant une maîtrise insuffisante de la langue française ou les femmes présentant uniquement un diabète gestationnel n'étaient pas éligibles.

Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire papier que les répondant·e·s ont rempli seuls à domicile, puis renvoyé à l'IUMSP. Le questionnaire 2017, dont la base était similaire au questionnaire de 2011-2012, incluait plus d'une centaine de questions permettant de mesurer différents indicateurs. Les variables communes aux enquêtes 2011-12 et 2017 sont présentées dans le Tableau 1. En 2017, un module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie », ciblant les besoins et attentes des participant·e·s lors de leurs visites en pharmacie, a par ailleurs été inclus au questionnaire. De plus, quelques mesures d'exposition au PcD ont été ajoutées.

Tableau 1 Données récoltées dans le questionnaire 2017 de CoDiab-VD

Critères	Variables mesurées
Critères d'évaluation primaire	
Indicateurs de processus de soins effectués au cours des 12 derniers mois	Contrôles de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), du cholestérol, des reins, des pieds et des yeux, vaccination grippale, recommandations alimentaires et d'activité physique
Indicateurs de résultats des soins	Valeur d'HbA1c, qualité de vie générique liée à la santé (SF-12), qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), évaluation des soins reçus pour le diabète selon le « Chronique Care Model » (PACIC)
Critères d'évaluation secondaire	
Mesures relatives au soutien à l'autogestion	Autocontrôle de la glycémie, éducation thérapeutique du patient, auto-efficacité, membre de diabètevaud/AVD, connaissance et utilisation du passeport diabète, connaissance de l'HbA1c
Autres variables	
Diabète	Type de diabète, durée de la maladie, complications liées au diabète, traitement antidiabétique actuel, adhésion thérapeutique du patient

Critères	Variables mesurées
Etat de santé du patient	Mesure du poids lors d'une consultation (12 mois), poids et taille actuels, mesure de la tension artérielle lors d'une consultation (12 mois), tension artérielle (valeur en mmHg), consommation de tabac, recommandations pour cessation tabagique, consommation d'alcool, activité physique, comorbidités, screening de la dépression
Utilisation des services de santé (12 mois)	Consultations de différents professionnels de santé, hospitalisations, visites aux urgences ou consultations sans rendez-vous, visite d'un professionnel du CMS, visite d'une aide à domicile, renoncement aux soins à cause du prix
Diabète au quotidien	Sentiment d'information sur le diabète, satisfaction du patient vis-à-vis de la prise en charge de son diabète
Données sociodémographiques	Genre, âge, nationalité, état civil, nombre de cohabitants, revenu du ménage, précarité financière, éducation/formation, situation professionnelle, assurance maladie, subventions pour l'assurance maladie de base

1.5 Résultats et discussion

Comparaison des résultats des recrutements 2017 et 2011-2012

Les collectifs de patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012 étaient très similaires, autant pour les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de vie et l'état de santé que pour les caractéristiques auto-rapportées du diabète. Cette similarité permet de comparer les données des deux recrutements pour ce qui est des indicateurs de qualité des soins du diabète.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, nous observons de manière analogue entre les deux recrutements que l'âge moyen des participant·e·s était de 65 ans, les femmes représentaient quatre dixième du collectif, vivre seul·e·s à domicile concernait environ trois personnes sur dix, plus de la moitié des répondant·e·s étaient retraité·e·s, et un peu plus de 10 % rapportaient être membre de l'association vaudoise du diabète (AVD)/diabètevaud. Par contre, la proportion de personnes au bénéfice d'un modèle alternatif d'assurance maladie était plus élevée en 2017 qu'en 2011-2012 (29 % vs 13 %), de même que celle recevant des subventions pour payer leurs primes d'assurance maladie (23 % vs 16 %).

Les habitudes de vie des répondant·e·s étaient semblables entre les deux enquêtes. Ainsi, parmi les répondant·e·s des deux années nous observons qu'environ : 20 % fumaient activement, 45 % avaient une consommation d'alcool considérée comme étant à risque, et 35 % reportaient être inactif·ve·s physiquement. En outre, plus de 80 % d'entre eux·elles étaient considéré·e·s comme étant en surpoids ou obèse. En regard de leur état de santé, trois-quarts des participant·e·s estimaient avoir une bonne ou très bonne santé, et un quart d'entre eux·elles reportaient présenter trois comorbidités ou plus.

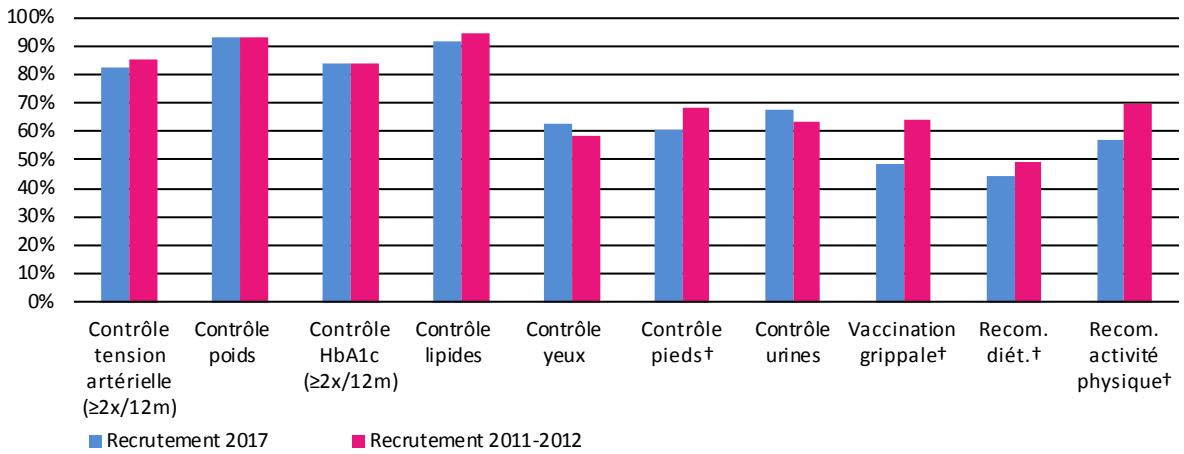
Alors que le type de diabète a été attribué pour tous les patient·e·s ayant été recruté·e·s en 2011-2012 sur la base des réponses des patient·e·s et de leur·s médecin·s, seul le type de diabète auto-rapporté par les répondant·e·s était disponible pour le recrutement 2017. Il est ainsi difficile de comparer cette variable entre les deux années, si ce n'est que lors des deux recrutements une

majorité des personnes rapportaient un diabète de type 2. Les proportions de patient·e·s mentionnant un traitement antidiabétique incluant un antidiabétique oral (80 %) ou incluant de l'insuline (50 %) étaient semblables entre les deux recrutements. En revanche, lors du recrutement 2017, davantage de patient·e·s reportaient un diagnostic de diabète datant de plus de 10 ans que lors du premier recrutement (56 % vs 48 %), et davantage de personnes mentionnaient n'avoir aucune complication liée au diabète (63 % vs 53 %).

Critères d'évaluation primaire : processus et résultats des soins

Concernant les *indicateurs de processus de soins*, la prise en charge des patient·e·s diabétiques se montrait toujours satisfaisante en 2017 par rapport à 2011-2012 en ce qui concerne la fréquence des processus faits chez tous les patient·e·s ambulatoires (contrôles de la tension artérielle et du poids) et les mesures de laboratoires (mesures d'HbA1c et des lipides) (Figure 1). En revanche, la fréquence des processus plus spécifiques au diabète (contrôle des pieds, contrôle de la microalbuminurie, vaccination grippale) restait suboptimale par rapport à ce que l'on pourrait attendre d'une prise en charge idéale du diabète. Seule la fréquence du contrôle annuel des yeux en 2017 (62 %) dépassait de justesse le seuil de satisfaction de 60 % fixé par la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) (Tableau 3), alors qu'il était légèrement en-dessous en 2011-2012 (58 %). Le taux de vaccination grippale observé était en outre plus bas en 2017 (49 %) qu'en 2011-2012 (64 %) ; ce résultat doit par contre être interprété avec précaution en raison de différences dans la formulation des questions entre les deux années, et ne permet donc pas d'inférer une tendance à la baisse de la vaccination grippale dans la population. Les recommandations relatives à l'alimentation et à l'activité physique semblaient être transmises moins fréquemment par les professionnel·le·s de santé en 2017 par rapport à 2011-2012. Bien qu'il soit à nouveau difficile de comparer les résultats entre les deux années en raison de différence dans la formulation des questions, la diffusion de ces recommandations est possiblement plus faible que ce qui pourrait être attendu.

Figure 1 **Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus de soins, effectués au cours des 12 derniers mois**



† Questions légèrement différentes entre les deux recrutements.

HbA1c : hémoglobine glyquée ; Recom. : recommandations ; diét. : diététiques.

Les *indicateurs de résultats des soins* variaient discrètement entre les deux recrutements (Tableau 2). Si la moyenne d'HbA1c était similaire entre les deux recrutements, la moitié des patient·e·s nouvellement recruté·e·s reportaient un bon contrôle de l'HbA1c avec une valeur inférieure à 7 %, alors qu'ils n'étaient que quatre sur dix à reporter de tels valeurs lors du recrutement initial. Les résultats des indicateurs de qualité de vie (SF-12 et ADDQoL) et de prise en charge globale du diabète (PACIC) se révélaient quant à eux semblables les deux fois. Ainsi, l'état de santé psychique (MCS) était à nouveau meilleur que l'état de santé physique (PCS) et les dimensions de qualité de vie spécifique au diabète les plus affectées par la maladie restaient « la liberté de pouvoir manger comme on le désire » et « la vie sexuelle ». En outre, nous observons à nouveau que « l'encouragement à participer à des programmes organisés localement » et « l'encouragement à participer à un groupe/cours pour aider à la gestion du diabète » étaient les aspects de la prise en charge les moins fréquemment proposés aux patient·e·s.

Tableau 2 Critères d'évaluation primaire : HbA1c, qualité de vie et prise en charge globale

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012	
	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]
HbA1c				
Valeur HbA1c * (moyenne en %)	(n=273)	7.2 [7.0-7.3]	(n=176)	7.3 [7.2-7.5]
Catégories de valeur HbA1c	(n=273)		(n=176)	
≤ 7 %		53.1%		40.9%
7.1 % - 8 %		30.0%		40.3%
8.1 % - 9 %		13.2%		13.1%
> 9 %		3.7%		5.7%
Qualité de vie				
Générique (SF-12) **				
PCS (moyenne)	(n=500)	44.2 [43.3-45.1]	(n=498)	43.4 [42.5-44.4]
MCS (moyenne)	(n=500)	46.0 [45.0-47.0]	(n=496)	47.0 [46.0-48.0]
Spécifique (ADDQoL) †				
Score global (moyenne)	(n=510)	-1.5 [-1.6--1.3]	(n=512)	-1.6 [-1.7--1.4]
Prise en charge globale				
PACIC, score global (moyenne) ††	(n=496)	2.8 [2.7-2.9]	(n=503)	2.8 [2.7-2.8]

* Parmi les patient·e·s 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 1 personne au recrutement 2011-2012.

** 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.

†† PACIC : Echelle en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours), un score élevé correspondant à une « meilleure » prise en charge.

HbA1c : Hémoglobine glyquée ; SF-12 : Short-Form 12 ; MCS : Mental component score ; PCS : Physical component score ; ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire; PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire.

Les résultats des recrutements 2017 et 2011-2012 en regard des critères de bonne prise en charge édictés par la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) sont présentés dans le Tableau 3 ci-après. Les indicateurs de qualité des soins satisfaisants (☺) en 2011-2012 le sont également en 2017. Par ailleurs, deux indicateurs insatisfaisants (☹) lors du recrutement initial sont devenus satisfaisants en 2017 : la proportion de patient·e·s diabétiques avec une tension artérielle ≥ 140/90 mmHg et le contrôle ophtalmique annuel. En revanche, les seuils des autres indicateurs ne sont à nouveau pas atteints, de peu pour la proportion de personnes ayant une tension artérielle < 130/80, de manière plus considérable pour le contrôle de la néphropathie et le contrôle des pieds ainsi que pour les conseils diététiques et d'activité physique.

Tableau 3 Application des critères suisses de la SSED aux données de CoDiab-VD

Critères de bonne prise en charge du diabète SSED			Recrutement 2017 (n=514)		Recrutement 2011-2012 (n=519)	
Contrôles/Visites chez le médecin	Minimum 3/année	≥80% des patient·e·s	-		-	
Conseils hygiène de vie *	Conseils diététiques et d'activité physique *	≥80% des patient·e·s	36%	☹	42%	☹
	Non-fumeurs ou conseils cessation tabac chez fumeurs	≥80% des patient·e·s	90%	☺	95%	☺
HbA1C, min 2x/an **	Moyenne des valeurs annuelles (dernière valeur) †					
	> 9 %	≤15% des patient·e·s	4%	☺	6%	☺
	< 8 %	≥60% des patient·e·s	81%	☺	73%	☺
Tension artérielle min 2x/an ††	≥ 140/90 mmHg	≤35% des patient·e·s	34%	☺	37%	☹
	< 130/80 mmHg	≥25% des patient·e·s	23%	☹	21%	☹
Contrôle ophtalmique annuel	(chez ophtalmologue)	≥60% des patient·e·s	62%	☺	58%	☹
Cholestérol-LDL §	≥ 3.38 mmol/l	≤37% des patient·e·s	-		15%	☺
	< 2.6 mmol/l	≥36% des patient·e·s	-		50%	☺
Contrôle annuel néphropathie	(créatinine et microalbuminurie)	≥80% des patient·e·s	67%	☹	63%	☹
Contrôle annuel des pieds §§	(pouls, monofilament)	≥80% des patient·e·s	60%	☹	68%	☹

- Données non disponibles.

* En 2017, les questions de conseils diététiques et d'activité physique étaient restreintes au 12 derniers mois et mentionnaient donnés par un·e professionnel·le de santé et non lors d'une consultation médicale comme au recrutement.

** Les effectifs pour les valeurs d'HbA1C sont de 273 en 2017 de 177 au recrutement (données reportées par le·la patient·e), pour ceux·elles reportant connaitre l'HbA1C.

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

†† L'effectif pour les valeurs de tension artérielle est de 276 en 2017 et de 236 au recrutement (données reportées par le·la patient·e).

§ L'effectif pour les valeurs de cholestérol-LDL est de 242 au recrutement (valeurs reportées par le·la médecin).

§§ Contrôle des pieds par un·e professionnel·le de santé en 2017 et par un·e médecin ou un·e infirmier·ère en 2011-2012.

SSED : Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie ; HbA1C : hémoglobine glyquée.

Critères d'évaluation secondaire : soutien à l'autogestion du diabète

Lors des deux recrutements, l'autocontrôle de la glycémie à domicile était pratiqué par plus de 80 % des participant·e·s ; parmi ceux·elles ne surveillant pas leur glycémie eux·elles-mêmes, moins de 30 % s'étaient vu· proposer par leur médecin de le faire. En 2017 comme en 2011-2012, seul un tiers des répondant·e·s mentionnaient avoir déjà participé à des cours d'éducation thérapeutique.

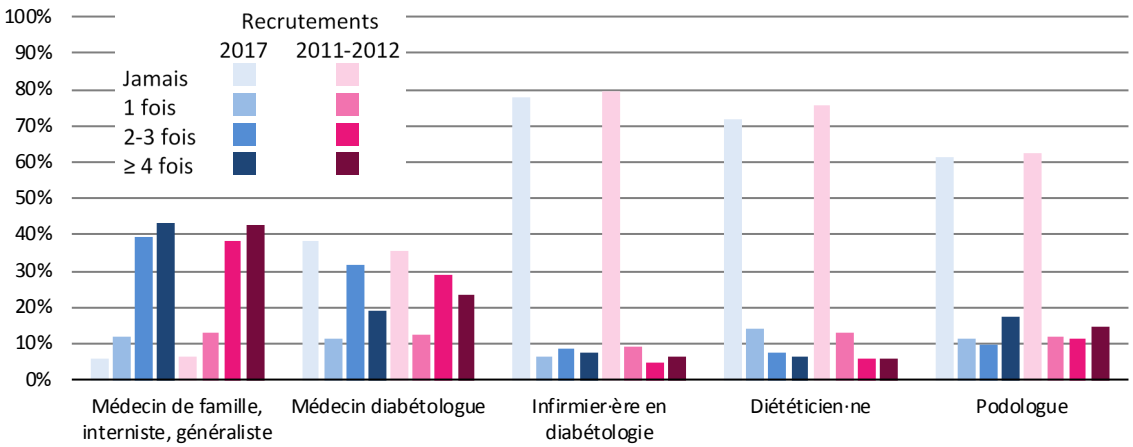
Les résultats se rapportant au sentiment d'efficacité personnelle des répondant·e·s, c'est-à-dire le jugement qu'ils·elles portent quant à leurs capacités à gérer eux·elles-mêmes leur diabète au quotidien, étaient plus positifs lors du second recrutement. En effet, davantage de personnes estimaient facile ou très facile de s'occuper de leur diabète au quotidien en 2017 qu'en 2011-2012, autant pour sa gestion générale (53 % vs 45 %), que par rapport à l'activité physique (50 % vs 40 %), au traitement médicamenteux (66 % vs 59 %) ou à l'alimentation (40 % vs 36 %).

Autres critères d'évaluation

Les visites chez le·la médecin diabétologue et chez les autres professionnel·le·s de santé impliqué·e·s dans les soins du diabète (infirmier·ère en diabétologie, diététicien·ne, podologue) restaient trop peu fréquentes, de manière identique entre les deux recrutements (Figure 2). Toutefois, la proportion de patient·e·s diabétiques ayant consulté au moins une fois le médecin généraliste et au moins une fois le médecin spécialiste augmentait, passant de 30 % en 2011-2012 à 40 % en 2017. Si le recours à un·e aide à domicile pour aider dans les tâches ménagères était similaire entre les deux recrutements (~7 %), le recours aux professionnel·le·s de santé du CMS était plus élevé en 2017 qu'en 2011-2012 (12 % vs 7 %).

Nous observons, dans les deux enquêtes, que 16 % des participant·e·s avaient renoncé à des soins en raison du prix à payer ; les soins dentaires et podologiques étaient ceux auxquels davantage de répondant·e·s avaient renoncé.

Figure 2 **Utilisation des services de santé : fréquence des visites chez différent·e·s professionnel·le·s de santé au cours des 12 derniers mois**



En ce qui concerne la satisfaction et le soutien de l'équipe soignante, les résultats montrent que la satisfaction générale quant à la prise en charge du diabète était moins bonne en 2017 qu'en 2011-2012 (prise en charge « excellente » : 22 % vs 32 %). En revanche, de manière identique entre les deux années, deux tiers des répondant·e·s estimaient que l'équipe de soins était toujours disponible et la satisfaction quant à cette équipe étaient considérée comme très bonne à excellente par deux tiers des répondant·e·s. Nous observons également qu'une large majorité des participant·e·s des deux années avaient le sentiment d'être plutôt bien à très bien informé sur le diabète (> 85 %).

Module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie »

Ce module a permis de se faire une meilleure idée des habitudes, besoins et priorités des patient·e·s lors de leur visite en pharmacie. Les résultats de celui-ci ont été considérés pour l'ensemble des 790 personnes ayant répondu au questionnaire 2017, c'est-à-dire les 514 patient·e·s diabétiques nouvellement recruté·e·s en 2017 ainsi que les 276 déjà inclus·es dans la cohorte CoDiab-VD et qui ont participé au suivi 2017.

Nous avons ainsi observé que 71 % des répondant·e·s prenaient entre 1 et 6 médicaments par jour alors que 9 % d'entre eux·elles en prenaient 10 ou plus par jour. La quasi-totalité des patient·e·s (96 %) affirmaient avoir une pharmacie de préférence, et ils étaient 79 % à s'être toujours rendu dans la même pharmacie au cours de l'année écoulée. Les résultats révèlent également que 4 % des répondant·e·s doutaient de l'importance des médicaments qui leur étaient prescrits et 14 % craignaient que ceux-ci ne leur fasse plus de mal que de bien ; cette minorité de personnes est à risque de non-observance médicamenteuse. Concernant les aides à la prise de médicaments, 64 % des patient·e·s disaient être intéressé·e·s par un entretien individuel avec le·la pharmacien·ne alors qu'ils·elles étaient 85 % à être intéressé·e·s par une consultation spécifique chez le·la médecin. Les informations intéressant le plus de patient·e·s lors de l'introduction d'un nouveau médicament avaient trait aux effets indésirables, aux interactions médicamenteuses et au but du médicament. Finalement, les patient·e·s ont montré un intérêt particulier au contrôle de tous leurs médicaments par le·la pharmacien·ne afin de détecter d'éventuelles erreurs de prescription. Quant aux questions plus générales sur le rôle des pharmacien·ne·s dans la prise en charge, on notera que bien que les pharmacien·ne·s étaient considéré·e·s comme des « expert·e·s en médicaments », les patient·e·s avaient tendance à écouter préférentiellement leur médecin que leur pharmacien·ne en matière de traitement médicamenteux. On notera toutefois qu'une majorité de patient·e·s souhaiterait que les pharmacien·ne·s jouent un rôle plus important dans la prise en charge de leurs problèmes de santé à l'avenir.

Activités proposées dans le cadre du Programme cantonal Diabète (PcD)

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de diabète, le PcD a développé ou été impliqué dans différents projets tant au niveau de la population générale que des personnes diabétiques ou des professionnel·le·s de santé. Le détail des différents projets est présenté sur son site internet : https://www.diabetevaud.ch/qui-sommes-nous/pcd/.

Dans le questionnaire 2017 de CoDiab-VD, nous nous sommes intéressés à la participation des répondant·e·s à quatre activités mises sur pied dans le cadre du PcD : 1) Cours EVIVO « Devenir acteur de sa santé avec une maladie chronique », 2) Programme DIAfit (programme d'activité physique pour les diabétiques de type 2), 3) Programme DIAfood (programme pour les diabétiques centré sur l'alimentation), et 4) Filière de soins diabète (p.ex. DiabEst, DiabOuest, Diabaide, filière diabète du Réseau Nord Broye y compris CaP'Diab). Les résultats révèlent que peu de personnes ont participé à chacune de ces activités, que ce soit parmi les répondant·e·s du recrutement 2017 ou parmi ceux du suivi 2017 (taux de participation moyen : 4 %). Le programme DIAfit était celui pour lequel on observait la plus forte participation (11 % chez les répondant·e·s au suivi et 7 % chez ceux du recrutement 2017). Malgré de petits pourcentages, ces résultats sont considérés comme encourageants. En effet, le programme DIAfood n'a démarré qu'en 2016 et la filière de soins diabète n'est pas destiné à tous·tes les personnes diabétiques mais uniquement aux patient·e·s les plus « compliqué·e·s ».

Résultats du suivi 2017

Les résultats du suivi 2017 de la cohorte CoDiab-VD concernent les 276 patient·e·s recruté·e·s en 2011-2012 qui ont répondu au questionnaire annuel envoyé à leur domicile à l'automne 2017. Le taux de participation au suivi était de 89 % (276/309) ; ces 276 participant·e·s correspondent à 53% du collectif initial (276/519).

De manière similaire à ce qui a été observé lors des suivis précédents, les indicateurs de qualité des soins restaient assez stables autant pour ceux satisfaisants que non-satisfaisants. Brièvement, si nous observons une amélioration en ce qui concerne quelques processus de soins (contrôle ophtalmique et contrôle de la microalbuminurie), les proportions de personnes ayant reçu des recommandations diététiques ou d'activité physique restaient bien en deçà de ce qui est préconisé. Quant aux résultats des soins, ils variaient discrètement autour des valeurs du recrutement, sans amélioration ou péjoration notables.

Conclusions et recommandations

La cohorte CoDiab-VD a été mise en place dans le but de suivre l'évolution des indicateurs de prise en charge des patient·e·s diabétiques vaudois·es au cours du temps. Contrairement à notre hypothèse d'observer une amélioration de certains des indicateurs suite à la mise en place des projets menés dans le cadre du PcD, nous avons observé une stabilité des résultats. En effet, autant les aspects de prise en charge satisfaisants que non-satisfaisants le restaient six ans après l'initiation de la cohorte CoDiab-VD. En ce qui concerne les indicateurs de processus des soins, aucune différence marquante n'a été observée. Ainsi, le contrôle des pieds, le contrôle de la microalbuminurie et la vaccination grippale restaient suboptimales en 2017 ; le contrôle des yeux, bien que dépassant de justesse en 2017 le seuil de satisfaction fixé par la SSED, pourrait encore s'améliorer. Ces trois contrôles font partie des mesures de prévention des complications du diabète qui, si découvertes tardivement, peuvent aboutir dans les cas les plus graves à des amputations, des dialyses voire une greffe rénale, ou à une rétinopathie diabétique pouvant aboutir à la cécité

complète, par exemple. Continuer les messages de prévention, et les renforcer, autant auprès du grand public que des professionnel·le·s de santé semble nécessaire afin d'augmenter les contrôles préventifs. Quant aux recommandations, qu'elles soient en lien avec l'alimentation, l'activité physique ou la cessation tabagique, elles étaient toujours trop peu fréquemment transmises aux patient·e·s diabétiques. En effet, au vu du nombre de répondant·e·s en surpoids ou obèses (80 %), ayant une consommation d'alcool à risque (40 %), inactif·ve·s physiquement (30 %) ou fumant activement (20 %), une répétition des recommandations plus régulière ne semble pas superflue.

Nous observons également une certaine stabilité des indicateurs de résultats entre 2011-2012 et 2017, autant pour la valeur moyenne d'HbA1c, que pour la qualité de vie ou la prise en charge globale du diabète. Cette dernière ne semblait pas s'être améliorée au vu des scores obtenus au PACIC, instrument évaluant la qualité des soins selon le Chronic Care Model. En outre, elle montrait à nouveau une faiblesse en ce qui concerne l'information et l'encouragement de la part des professionnel·le·s de santé au sujet des cours et programmes organisés localement pouvant aider à la gestion du diabète. Dans le même domaine, nous observons que seul·e·s 30 % des répondant·e·s avaient participé à des cours d'éducation thérapeutique, les principales raisons de non-participation étant que les patient·e·s n'avaient jamais entendu parler de ces cours ou que ceux-ci ne leur avaient jamais été proposés. Il apparait ainsi important de renforcer l'information auprès des professionnel·le·s de santé et de davantage promouvoir ces cours auprès des patient·e·s diabétiques. Nous notons encore que le recours aux professionnel·le·s de santé non-médecin impliqué·e·s dans la prise en charge du diabète restaient trop peu fréquentes ; un recours plus important aux infirmier·ère·s spécialisé·e·s en diabétologies, diététicien·ne·s et podologues permettraient de décharger les médecins traitant·e·s et diabétologues pour certains aspects d'information et de prévention auprès des patient·e·s diabétiques. Dans ce sens et afin de permettre une délégation des soins acceptable pour les patient·e·s, le remboursement des soins préventifs, par exemple au niveau des soins podologiques, devrait être assuré.

En résumé, même si les résultats sont globalement en-deçà de ce qui aurait pu être espéré six ans après la récolte des premiers résultats, la cohorte CoDiab-VD a le mérite de dresser un panorama très complet de l'état de santé et de la prise en charge des personnes diabétiques vaudoises. Ce panorama pourra servir de base à la mise en œuvre de futures actions à l'échelle des individus ou du système de santé en vue de limiter in fine l'impact du diabète sur la population.

2

Introduction

2 Introduction

2.1 Le mandat

Sous l'impulsion du Conseiller d'Etat responsable de la santé, Monsieur P.-Y. Maillard (Département de la santé et de l'action sociale, DSAS), un programme cantonal de lutte contre le diabète et ses conséquences a été développé lors de la législature 2008-2012. Lancé en juillet 2010 et toujours actif à ce jour, le « Programme cantonal Diabète » (PcD) a comme objectifs 1) de limiter l'évolution de la prévalence et de l'incidence du diabète et 2) d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de diabète[1].

Dans le cadre du développement et de l'évaluation du PcD, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) a effectué, en 2011-2012, une étude transversale visant à caractériser les patient·e·s diabétiques résidant dans le canton de Vaud et à décrire leur prise en charge[2]. Les patient·e·s recruté·e·s dans le cadre de cette étude par le biais des pharmacies d'officine du canton de Vaud ont ensuite constitué la Cohorte des patient·e·s Diabétiques Vaudois (CoDiab-VD). Depuis 2013, les personnes incluses sont suivies annuellement au moyen de questionnaires auto-administrés. Le recrutement de nouveaux patient·e·s diabétiques envisagé cinq après l'initiation de la cohorte CoDiab-VD, a été mis en place à l'automne 2017.

2.2 Buts de la cohorte CoDiab-VD

Les buts généraux de la cohorte CoDiab-VD, qui inclut des patient·e·s diabétiques (type 1 ou 2) adultes et non-institutionnalisé·e·s au moment du recrutement, sont de :

- Décrire la population de patient·e·s diabétiques résidant dans le canton de Vaud (caractéristiques et état de santé)
- Suivre l'évolution des indicateurs de prise en charge des patient·e·s diabétiques au cours du temps
- Explorer les thématiques proposées par le PcD, nécessaires à son développement et à sa conduite
- Mesurer l'exposition des patient·e·s diabétiques aux actions et projets du PcD, et évaluer son « impact » sur la prise en charge des participant·e·s

Les buts spécifiques du recrutement effectué durant l'automne 2017, étaient de :

- Obtenir une nouvelle image transversale des caractéristiques des patient·e·s diabétiques vaudois·es ainsi que de la prise en charge de leur diabète
- Comparer les résultats des deux recrutements (2011-2012 et 2017) en termes de caractéristiques des patient·e·s diabétiques et d'indicateurs de prise en charge

- Recruter un deuxième échantillon de patient·e·s diabétiques dans la cohorte CoDiab-VD pour augmenter le nombre de participant·e·s

2.3 Objectifs du présent rapport

Les objectifs de ce rapport sont de :

1) Présenter les résultats du recrutement 2017 de patient·e·s diabétiques et de les comparer à ceux du recrutement 2011-2012
2) Présenter quelques analyses de sous-groupes basées sur les données issues du recrutement 2017
3) Présenter et décrire les résultats du module thématique « Votre prise en charge en pharmacie », spécifique au questionnaire 2017, pour les participant·e·s du recrutement 2017 et du suivi 2017 de CoDiab-VD
4) Présenter les résultats du suivi 2017 (patient·e·s déjà inclus·es dans CoDiab-VD depuis 2011-2012)

3

Méthodes

3 Méthodes

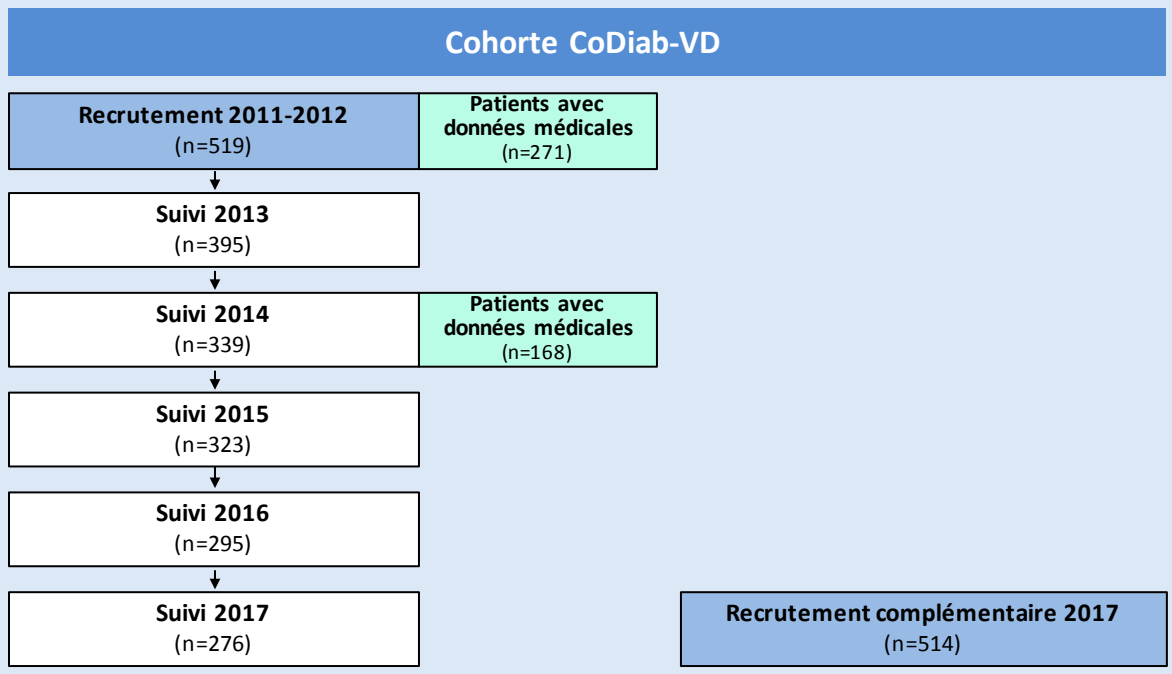
Nous rappelons brièvement ici quelques points importants de la méthode, qui est détaillée dans les rapports décrivant la première phase de l'enquête[3] et le recrutement 2011-2012[2]. Le processus de sélection des indicateurs n'est ainsi pas repris dans le présent rapport puisque l'entièreté de ces informations est disponible dans les documents de référence susmentionnés.

3.1 Type d'étude

Suite à l'enquête transversale de 2011-12, il a été décidé de suivre dans le temps l'évolution de la prise en charge des patient·e·s diabétiques vaudois·es. Ainsi, ce recrutement initial constitue la base de la cohorte des patient·e·s diabétiques vaudois·es (CoDiab-VD), qui depuis 2013 suit annuellement les personnes incluses. A ces dernières se rajoutent tous·tes les patient·e·s qui ont été recruté·e·s en 2017 et complètent ainsi le collectif des participant·e·s à CoDiab-VD.

L'étude de cohorte CoDiab-VD se déroule comme présenté ci-dessous (Figure 3) :

Figure 3 Déroulement de la cohorte CoDiab-VD



3.2 Population cible

La population cible de cette cohorte était, au moment des recrutements (2011-2012 et 2017), les patient·e·s diabétiques (type 1 ou 2), adultes, résidant dans le canton de Vaud et non-institutionnalisé·e·s. Plus précisément, les critères d'éligibilité étaient les suivant :

Critères d'inclusion lors du recrutement

- Personne présentant un diabète de type 1 ou 2 diagnostiqué depuis au moins 12 mois, se présentant à la pharmacie avec une ordonnance d'insuline, d'antidiabétiques oraux, de glucomètre ou de bandelettes de glycémie
- Adulte (≥ 18 ans) non-institutionnalisé, résidant dans le canton de Vaud
- Consentement de participation

Critères d'exclusion lors du recrutement

- Diabète gestationnel (actuel ou dans les mois/années qui ont précédé, pour autant que la personne ne soit pas diabétique au moment du recrutement)
- Connaissances insuffisantes de la langue française pour comprendre et remplir un questionnaire
- Troubles cognitifs manifestes
- Avoir été préalablement recruté en 2011-2012 (uniquement pour le recrutement 2017)

Lors des suivis, aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion n'est appliqué ; tout·e participant·e initial·e à CoDiab-VD encore inclus·e dans la cohorte (c'est-à-dire n'ayant pas souhaité sortir de la cohorte, et n'étant ni perdu·e de vue, ni décédé·e) reçoit le questionnaire de suivi annuel envoyé à domicile. Ainsi, les participant·e·s des suivis sont les personnes ayant rempli et renvoyé leur questionnaire dans les délais.

3.3 Etapes du recrutement 2017

3.3.1 Méthode de recrutement des patient·e·s

En 2017, le recrutement des patient·e·s diabétiques a été effectué de manière identique au recrutement initial de 2011-2012. Pour minimiser le biais de sélection des personnes incluses dans la cohorte CoDiab-VD, il avait été décidé, en 2011, de recruter les patient·e·s dans les pharmacies d'officine et non auprès des médecins (voir rapports initiaux pour le justificatif)[2, 3].

Brièvement, le recrutement 2017 des patient·e·s diabétiques s'est déroulé comme suit. Les pharmacies ayant accepté de participer au recrutement ont été invitées à identifier les patient·e·s

diabétiques sur la base de l'ordonnance, à proposer l'étude et à transmettre les documents selon la procédure décrite ci-après à 30 patient·e·s se présentant consécutivement dans leur officine durant les mois de septembre et octobre 2017. Ainsi, lors de la visite en pharmacie, le personnel de la pharmacie devait indiquer le thème général de l'étude, son insertion dans le Programme cantonal Diabète, les investigateurs principaux ainsi que l'institution en charge du projet (IUMSP) ; un consentement oral de principe était ensuite demandé. Puis, un dossier contenant le questionnaire 2017 incluant la feuille de consentement, une feuille d'information, ainsi qu'une enveloppe réponse préaffranchie et pré-adressée était transmis aux patient·e·s acceptant de participer. Ces dernier·ère·s avaient comme consigne de remplir leur questionnaire à domicile et de le renvoyer à l'IUMSP, avec la feuille de consentement attachée, au moyen de l'enveloppe réponse.

3.3.2 Taille d'échantillon

Pour le recrutement 2011-2012, le nombre de patient·e·s diabétiques à inclure avait été estimé dans le but d'obtenir une bonne précision (intervalle de confiance (IC) à 95 %) autour des critères d'évaluation primaire suivants : valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c), scores globaux de la dimension physique (physical component score, PCS) et de la dimension psychique (mental component score, MCS) du questionnaire générique de qualité de vie SF-12, score global du questionnaire de prise en charge des maladies chroniques PACIC, et mesures de processus. La taille d'échantillon nécessaire pour détecter une évolution dans le temps (différence entre une valeur datant de 2011 et une valeur mesurée plus tard) avait aussi été estimée; dans ce dernier cas, seules les valeurs de variation de l'HbA1c avaient été considérées. Sur cette base, nous avons réussi à recruter 519 participant·e·s en 2011-2012, ce qui nous a permis d'obtenir une précision satisfaisante autour des estimateurs (Tableau 25, en annexe p. 97).

Sur la base du recrutement 2011-2012 et en ciblant un collectif restant de 500 patient·e·s en 2021 après deux suivis bisannuels (estimation de perte d'environ 30 % de patient·e·s ; Tableau 25 et Tableau 26, en annexe p. 98), nous avions prévu de recruter 650 nouveaux·elles patient·e·s diabétiques en 2017. Compte tenu de la première expérience et après discussion avec des membres du comité de la SVPh, il a été prévu de demander aux pharmacies participantes de distribuer chacune 30 questionnaires pour espérer obtenir les données d'environ 650 patient·e·s diabétiques.

En dépit du nombre élevé de pharmacies ayant accepté de participer (n=111), seules 514 nouvelles personnes diabétiques ont pu être recrutées entre le 1er septembre et le 15 octobre 2017. Plus de détails quant à la participation des pharmacies et des patient·e·s se trouvent dans la section 3.5.1 à la page 33.

3.3.3 Collaboration et communication au sujet du recrutement 2017

Le nouveau recrutement a été mis en place en partenariat avec la Société Vaudoise de Pharmacie (SVPh), la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) et les chaînes de pharmacies (Amavita/Sunstore, BENU, Coop Vitality). C'est en collaboration avec la SVPh que la mise en œuvre du recrutement ainsi que le module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie » du questionnaire patient·e ont été finalisés ; l'expertise des pharmaciens de la PMU a également été sollicitée pour le développement du module. Les chaînes de pharmacies Amavita/Sunstore, BENU

et Coop Vitality ont pour leur part été préalablement informées de l'enquête et nous ont fourni chacune une liste actualisée de leurs pharmacies présentes dans le canton de Vaud.

Ce recrutement a ensuite été annoncé aux pharmacien·ne·s par le biais d'un article électronique paru dans les Brèves de la SVPh. Les chaînes de pharmacies (Amavita/Sunstore, BENU, Coop Vitality) ont également envoyé un courriel à leurs pharmacies vaudoises pour les informer et les encourager à participer au processus de recrutement. Début juin, l'invitation formelle à participer a été envoyée à toutes les pharmacies vaudoises par courrier postal prioritaire. L'enveloppe contenait une lettre explicative, un document résumant le processus de recrutement, un « formulaire pharmacie » incluant le consentement de participation ainsi que quelques questions permettant de caractériser la pharmacie, et une enveloppe préaffranchie et pré-adressée pour le retour du document complété ; il était également proposé aux pharmacies de remplir le « formulaire pharmacie » via un lien internet. Quelques jours après, une invitation à participer a été envoyé par courriel à toutes les pharmacies pour lesquelles nous avions une adresse valable ; celle-ci rappelait la lettre d'information et permettait de cliquer directement sur le lien internet pour remplir le « formulaire pharmacie ».

Les pharmacies ayant accepté de participer ont reçu une confirmation par courrier postal prioritaire, qui incluait aussi l'invitation à une séance d'information. Cette séance a non seulement permis d'informer les pharmacien·ne·s sur l'étude et le processus de recrutement, mais également de leur fournir les dossiers à transmettre aux patient·e·s diabétiques et de leur laisser l'opportunité de poser des questions. Les pharmacien·ne·s n'ayant pu se rendre à la séance d'information se sont vu remettre les dossiers à leur officine, avant le début de la période de recrutement.

Les médecins n'étaient pas impliqués formellement dans ce nouveau recrutement, ils n'ont pas reçu d'information spécifique à ce sujet. Le recrutement a tout de même été annoncé dans le Courrier du médecin vaudois paru en août 2017. Ceci permettait aux médecins d'être au courant qu'une enquête était prévue, dans le cas où un·e de leurs patient·e·s ayant reçu un questionnaire avait une question à leur poser.

Les étapes de communication du recrutement 2017 sont récapitulées dans le Tableau 27, en annexe p.99.

3.3.4 Dédommagement des participant·e·s

Les pharmacies ayant participé au recrutement ont été dédommagées 5.- CHF par questionnaire qui nous a été retourné par un·e patient·e.

Les patient·e·s diabétiques n'ont pas reçu de dédommagement pour leur participation à l'enquête. Néanmoins, un tirage au sort parmi les participant·e·s, pour l'attribution de trois bons d'achat Migros d'une valeur de 50.-, 100.- et 150.- CHF, a été effectué à la fin du recrutement. Comme en 2011-12 et sur conseil de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain en 2011, le magasin Migros a été choisi car on y trouve des produits de première nécessité, mais pas d'alcool ni de tabac.

3.4 Etapes du suivi annuel 2017

Début octobre 2017, nous avons recontacté les 307 patient·e·s diabétiques encore inclus·es dans la cohorte CoDiab-VD. Comme chaque année, nous leur avons envoyé par courrier postal prioritaire un dossier comportant le questionnaire de suivi 2017, une lettre informative sur l'enquête et une enveloppe préaffranchie et pré-adressée pour le renvoi du questionnaire complété. Les non-répondant·e·s ont reçus deux rappels par courrier postal prioritaire : le premier après deux semaines, sous forme de carte de rappel (n=116), et le second sous forme de dossier complet, quatre semaines après le premier envoi (n=49). En cas de non-réponse aux trois envois postaux, les patient·e·s pour lesquel·le·s nous avions un numéro de téléphone valable ont été appelé·e·s (n=21). Au moins trois tentatives d'appels ont été effectuées pour chaque patient·e· n'ayant pas encore renvoyé le questionnaire, et ce à différents moments de la journée pour un·e même patient·e. Pour les personnes ayant une boîte vocale, un message a été laissé. Les patient·e·s ayant montré de l'intérêt à remplir le questionnaire lors de l'entretien téléphonique, mais dont le questionnaire ne nous avait toujours pas été retourné après deux à trois semaines, ont été rappelé·e·s. Les différents essais de contact des patient·e·s ont été interrompus à fin janvier 2018.

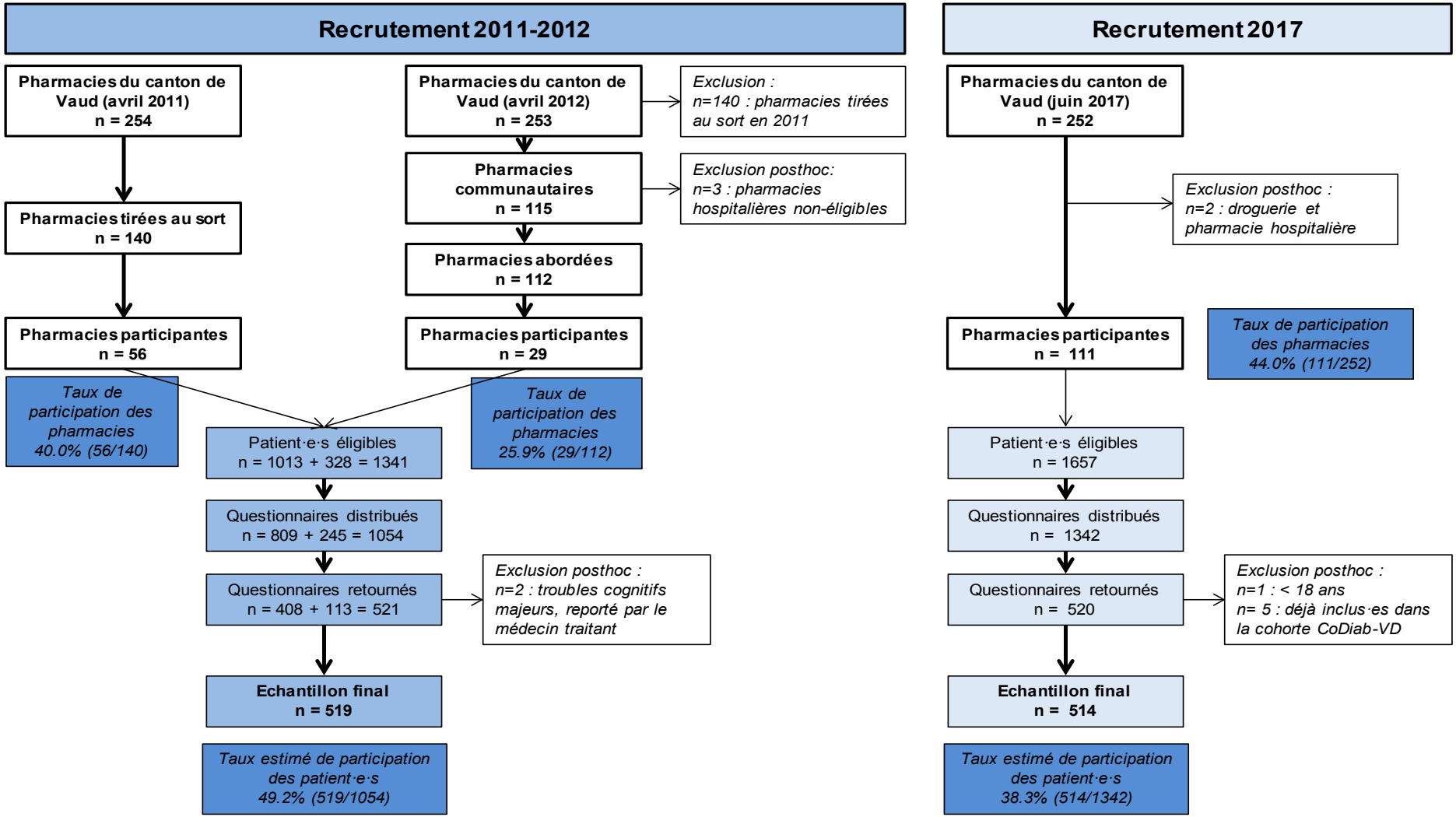
3.5 Participation

3.5.1 Participation aux recrutements 2011-2012 et 2017

La Figure 4 ci-dessous présente en détail les recrutements 2011-2012 et 2017 et les participations respectives des pharmacies et des patient·e·s diabétiques.

En 2017, 111 des 252 pharmacies du canton de Vaud ont accepté de participer au recrutement de nouvelles personnes diabétiques dans la cohorte CoDiab-VD. Si le taux de participation des pharmacies de 44 % était plus élevé qu'en 2011-2012, le taux estimé de participation des patient·e·s diabétiques semblaient moins bon (38 % vs 49 %). Un certain nombre de feuilles d'inclusion n'ayant pas été retournées ou leurs données pas complétées de manière optimale par les pharmacies, il n'est pas possible de connaitre le taux réel de participation des patient·e·s diabétiques que ce soit lors de ce nouveau recrutement ou du recrutement initial.

Figure 4 **Diagramme de flux : participation des pharmacies et des patient·e·s diabétiques lors des recrutements 2011-2012 et 2017**



3.5.2 Participation au suivi 2017

Comme déjà signalé dans les rapports précédents, le nombre de patient·e·s diabétiques participant aux suivis annuels diminue chaque année pour diverses raisons. Tandis que le nombre de personnes désirant quitter la cohorte avait été élevé lors des premiers suivis, seules quelques personnes le font maintenant. Du fait que les patiente·e·s recruté·e·s en 2011 n'ont été prévenu·e·s du caractère répétitif de l'étude que lors du tout premier suivi de 2012, qui ne concernait qu'une partie de la cohorte, cette année-là a vu une défection assez importante. En outre, chaque année, entre 5 et 13 patient·e·s sont décédé·e·s, et quelques rares personnes sont perdues de vue malgré les efforts faits pour les retrouver. La Figure 14, en annexe p. 100, présente la participation à la cohorte CoDiab-VD dans tous ses détails.

En 2017, 53.2% des patient·e·s diabétiques recrutés en 2011-2012 ont participé au suivi annuel de CoDiab-VD (Figure 14, en annexe p. 100). Les participant·e·s 2017 représentent des patient·e·s diabétiques qui lors du recrutement 2011-2012 étaient plus jeunes, plus éduqué·e·s, de statut socioéconomique plus élevé et plus souvent actif·ve·s professionnellement que les non-participant·e·s au suivi 2017. Ils étaient également moins nombreux·ses à habiter en zone urbaine, à avoir un diagnostic de diabète de plus 10 ans, à avoir un traitement à base d'insuline et à avoir eu un accident vasculaire cérébral. Le détail des différences de caractéristiques, mesurées lors du recrutement 2011-2012, des participant·e·s et non-participant·e·s au suivi 2017, peut être consulté dans le Tableau 28, en annexe p. 102.

3.6 Données recueillies

Lors du recrutement 2017 et du suivi annuel 2017 de CoDiab-VD, les données des patient·e·s ont été recueillies uniquement au moyen d'un questionnaire auto-administré rempli à domicile. Contrairement à ce qui avait été fait en 2011-2012 et 2014, aucune donnée n'a été demandée aux médecins traitants, pour des raisons logistiques et budgétaires.

Le cœur du questionnaire 2017 est similaire au questionnaire utilisé lors du recrutement 2011-2012. Tandis que certaines questions ont été légèrement modifiées (Tableau 29, en annexe p. 106) ou présentes en 2017 mais pas en 2011-2012 (Tableau 30, en annexe p. 107), d'autres n'ont pas été reprises en 2017 (Tableau 31, en annexe p. 108). Ceci a permis de conserver une longueur de questionnaire raisonnable (26 pages de questionnaire, 13 feuilles A4 recto-verso).

L'ensemble des données récoltées dans la cohorte CoDiab-VD, le détail des questions et des thématiques incluses dans les questionnaires des différentes années est disponible dans le Tableau 32 en annexe (p. 109). En effet, depuis 2013, une thématique différente est étudiée chaque année par le biais d'un module spécifique inclus dans le questionnaire.

Quelques données permettant de caractériser les pharmacies participantes et non-participantes ont par ailleurs été recueillies au moyen d'un questionnaire envoyé aux pharmacies en même temps que la proposition de participer au recrutement 2017.

3.6.1 Critères d'évaluation primaire et secondaire

Afin de permettre la comparaison avec le recrutement initial, les indicateurs récoltés par le biais du questionnaire 2017 sont similaires à ceux récoltés en 2011-2012 (Tableau 4). Pour davantage de détails, nous prions le lecteur de se reporter au rapport du recrutement initial[2].

Tableau 4 Critères d'évaluation primaire et secondaire, et autres variables récoltées

Critères d'évaluation de CoDiab-VD
Critères d'évaluation primaire: Indicateurs de qualité des soins du diabète
Indicateurs de processus de soins (au cours des 12 derniers mois)
Mesure d'HbA1C
Mesure de cholestérol
Contrôle rénal – mesure de la microalbuminurie
Contrôle des pieds par un professionnel de santé
Contrôle ophtalmique par un ophtalmologue
Vaccination grippale
Recommandations alimentaires
Recommandations pour l'activité physique
Indicateurs de résultats des soins
Niveau d'HbA1c (valeur en %)
Qualité de vie liée à la santé générique (SF-12)[4]
Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL)[5]
Évaluation des soins reçus pour le diabète selon le « Chronique Care Model » (PACIC)[6]
Critères d'évaluation secondaire
Mesures relatives au soutien à l'autogestion
Autocontrôle de la glycémie
Éducation thérapeutique du patient
Auto-efficacité
Connaissance et utilisation du « Passeport diabète »
Connaissance de l'HbA1c
Mesures d'exposition au PcD
Connaissance et participation aux différents projets et actions mis sur pied par le PcD pour les patient·e·s diabétiques (mis à jour chaque année en fonction des nouveaux projets et actions)
Membre de l'Association Vaudoise du Diabète (AVD, « diabètevaud » à partir de novembre 2016)
Autres variables de l'étude
Diabète
Type de diabète
Durée de la maladie
Complications liées au diabète
Traitement antidiabétique actuel
Adhésion thérapeutique du·de la patient·e (questionnaire de Morisky)[7]

Critères d'évaluation de CoDiab-VD
Etat de santé du·de la patient·e
Mesure du poids lors d'une consultation (12 mois)
Poids et taille actuels
Mesure de la tension artérielle lors d'une consultation (12 mois)
Tension artérielle (valeur en mmHg)
Consommation de tabac, recommandations pour cessation tabagique
Consommation d'alcool (questionnaire AUDIT-C)[8]
Activité physique (questions de l'enquête suisse sur la santé)[9]
Comorbidités, dépistage de la dépression[10, 11]
Utilisation des services de santé (12 mois)
Consultations de différent·e·s professionnel·le·s de santé
Hospitalisations
Visites aux urgences, consultations sans rendez-vous
Visite d'un·e professionnel·le du CMS, visite d'un·e aide à domicile
Renoncement aux soins à cause du prix
Diabète au quotidien
Sentiment d'information sur le diabète
Satisfaction du·de la patient·e vis-à-vis de la prise en charge de son diabète
Données sociodémographiques
Genre
Age (date de naissance)
Nationalité
Etat civil
Nombre de cohabitant·e·s
Revenu du ménage *
Mesure de précarité financière[12, 13]
Education/formation
Situation professionnelle
Assurance maladie
Subventions pour l'assurance maladie de base

* Basé sur le revenu moyen des ménages vaudois, chiffres du SCRIS :

CoDiab-VD : cohorte des patient·e·s diabétiques vaudois·es ; HbA1c : hémoglobine glyquée ; SF-12 : Short Form-12 ; ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire ; PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire ; PcD : Programme cantonal Diabète ; AVD : Association Vaudoise du Diabète ; mmHg : millimètre de mercure ; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption ; CMS : Centre médico-social ; SCRIS : Statistique Vaud.

3.6.2 Module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie »

La thématique de ce module a été choisie dans le but de motiver les pharmacien·ne·s à participer au nouveau recrutement et pour répondre à des questionnements de la communauté des pharmacien·ne·s du canton de Vaud.

Ce module, dont les différents thèmes sont présentés dans le Tableau 5, comportait 4 pages (2 feuilles A4 recto-verso ;Figure 15, en annexe p.118).

Tableau 5 Contenu du module « Votre prise en charge en pharmacie »

Thématiques
Situation des patient·e·s diabétiques
Nombre de médicaments (Q1)
Mode de contact avec les pharmacies (Q2 à Q5)
Informations souhaitées à propos des médicaments (Q6)
Prestations souhaitées/utilisées par les patient·e·s diabétiques pour accompagner la prise de médicaments (Q7)
Entretien individuel avec le·la pharmacien·ne, rappels, pilulier électronique...
Autres services souhaités/utilisés (Q8)
Dépistage et surveillance de la tension, du cholestérol et de la glycémie, vaccination grippale, aide à la cessation tabagique, réconciliation médicamenteuse...
Priorité des patient·e·s lors d'une visite en pharmacie (Q9)
Représentations des patient·e·s quant au rôle des pharmacien·ne·s (Q10)
Estimation du risque de non-observance médicamenteuse (Q11)

Le questionnaire dans son entier se trouve en annexe p. 114.

Q : question.

3.6.3 Caractérisation des pharmacies

Afin de caractériser les pharmacies, participant ou non au processus de recrutement, les informations suivantes leur ont été demandées : taille de la pharmacie (petite - jusqu'à 100 patient·e·s par jour ; moyenne - entre 100 et 200 patient·e·s par jour ; grande - plus de 200 patient·e·s par jour), lieu de la pharmacie (rural, semi-urbain, urbain), type de pharmacie (indépendante, chaîne, autre), participation à un programme tel que cercle de qualité ou programme diabète, et prestations spécifiques offertes en pharmacie aux patient·e·s diabétiques (entretien individuel pour soutenir l'adhésion thérapeutique, entretien de polymédication, entretien de conseils diététiques, rappels téléphoniques/SMS, initiation à l'insulinothérapie, mesures de glycémie, dépistage du diabète, autre). Pour les pharmacies ne souhaitant pas participer, la raison de non-participation était par ailleurs demandée (manque de temps, patientèle diabétique insuffisante, processus d'enquête trop compliqué, travaux-vacances-changement de propriétaire ou de responsable, manque de personnel, autre).

3.7 Analyses statistiques

Des analyses uni- puis bivariées (test du Chi2 ou test de Fisher pour les variables catégorielles, test de Student pour les variables continues) ont été conduites. Celles-ci ont permis 1) de décrire les participant·e·s (distribution par modalité de réponse ou moyenne/déviation standard, valeurs manquantes) et les résultats pour l'ensemble des collectifs ; 2) de comparer les résultats du recrutement 2017 avec ceux du recrutement 2011-2012 (comparaison « avant-après ») ; 3) de comparer les participant·e·s et non-participant·e·s au suivi 2017.

Pour les données du recrutement 2017, nous avons également conduit les analyses exploratoires de sous-groupes suivantes : traitement avec ou sans insuline, présence ou non de complications du

diabète, durée de la maladie (≤ 10 ans ou > 10 ans). Les résultats de ces dernières sont à interpréter avec prudence, car certains proviennent d'effectifs restreints.

Etant donné que la corrélation entre les réponses des patient·e·s ayant été recruté·e·s dans les mêmes pharmacies était insignifiante tant au recrutement initial qu'en 2017 (structure hiérarchique des données avec clusters par pharmacies), cette dernière n'est pas considérée dans les analyses.

3.8 Commission d'éthique

Le protocole de cette étude ainsi que ses trois addenda ont été acceptés par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD), protocole n°151/11 (protocole et addenda 1 et 2) et PB_2017-00232 (addendum 3).

La cohorte CoDiab-VD est également enregistrée sur ClinicalTrials.gov (identifiant NCT01902043).

4

Résultats

4 Résultats

Les résultats du présent rapport sont divisés en trois parties distinctes :

1) Résultats du recrutement 2017 et comparaison avec les résultats du recrutement 2011-2012, et analyses de sous-groupes pour les données du recrutement 2017 (section 4.1)
2) Résultats du module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie » (patient·e·s du recrutement 2017 et du suivi 2017 ; section 4.2)
3) Résultats du suivi 2017 (section 4.3)

4.1 Résultats du recrutement 2017

4.1.1 Caractéristiques des pharmacies du recrutement 2017

Parmi les 252 pharmacies du canton de Vaud contactées pour participer au recrutement d'un second échantillon de patient·e·s diabétiques, 111 (44 %) ont accepté de recruter des patient·e·s, 50 (20 %) n'ont pas donné suite à notre demande et 91 (36 %) ont refusé de participer. Après le manque de temps (51 %), c'était le fait d'avoir une patientèle diabétique insuffisante (21 %), des travaux, vacances, changements de propriétaire ou de responsable (28 %), ainsi que le manque de personnel (28 %) qui prédominaient comme raisons de non-participation.

Parmi les 111 pharmacies ayant accepté de participer au recrutement, 110 ont rempli le questionnaire permettant de les caractériser ; 80 pharmacies refusant de participer, sur 91, ont aussi rempli ce questionnaire (Tableau 6). Les pharmacies participantes, par rapport aux non-participantes, étaient généralement plus grandes (> 200 patient·e·s/jour), étaient des pharmacies de chaîne et offraient davantage de prestations telles que : entretiens de polymédication, mesures de glycémie et dépistage du diabète).

Tableau 6 Caractéristiques des pharmacies participantes et non-participantes au recrutement 2017

	Pharmacies participantes	Pharmacies non-participantes	valeur de p*
Taille de la pharmacie	**(n=108)**	**(n=78)**	0.00
Petite (jusqu'à 100 patient·e·s par jour)	13.0%	37.2%	
Moyenne (entre 101 et 200 patient·e·s par jour)	47.2%	43.6%	
Grande (plus de 200 patient·e·s par jour)	39.8%	19.2%	

	Pharmacies participantes	Pharmacies non-participantes	valeur de p*
Lieu de la pharmacie	**(n=110)**	**(n=75)**	0.17
Rural	10.9%	18.7%	
Semi-urbain	35.5%	40.0%	
Urbain	53.6%	41.3%	
Type de pharmacie	**(n=110)**	**(n=78)**	0.02
Indépendante (y compris réseau Pharmacieplus)	46.4%	66.7%	
En chaîne (Amavita, Sun Store, Coop Vitality, BENU)	51.8%	30.8%	
Autre	1.8%	2.6%	
Participation à un programme tel que : **	**(n=110)**	**(n=80)**	
Cercle de qualité	34.6%	30.0%	0.51
Programme diabète (ex : Programme cantonal Diabète, Diabaide, CapDiab, etc.)	15.5%	7.5%	0.10
Autre †	14.6%	18.8%	
Prestations spécifiques offertes par la pharmacie aux patient·e·s diabétiques (de manière régulière) *	**(n=110)**	**(n=80)**	
Entretien individuel avec le·la pharmacien·ne pour soutenir l'adhésion thérapeutique	31.8%	37.5%	0.42
Entretien de polymédication	65.5%	47.5%	0.01
Entretien de conseils diététiques	14.6%	17.5%	0.58
Rappels téléphoniques/SMS	8.2%	6.3%	0.62
Initiation à l'insulinothérapie	9.1%	11.3%	0.62
Mesures de glycémie	82.7%	60.0%	0.00
Dépistage du diabète	39.1%	25.0%	0.04
Autre	9.1%	6.3%	

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

** Plusieurs réponses possibles.

† Principalement SIScare-DT2 (SISpha) et programme de dépistage du cancer colorectal.

4.1.2 Caractéristiques des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Les caractéristiques des patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017 sont présentées dans le Tableau 7. Brièvement, on peut relever que :

- L'âge moyen avoisinait 65 ans
- Les hommes étaient davantage représentés que les femmes (57 % vs 43 %)
- La majorité des répondant·e·s rapportaient être marié·e·s, en couple ou en partenariat, et moins d'un tiers vivre seul·e·s à domicile
- La moitié des participant·e·s mentionnaient être retraité·e·s ou rentier·ère·s
- Environ deux tiers étaient au bénéfice d'une assurance maladie ordinaire avec franchise, alors qu'un tiers avaient souscrit à un modèle alternatif d'assurance maladie
- Plus de 80 % étaient de nationalité suisse
- Moins de 15 % étaient membres de l'AVD/diabètevaud

Comparaison des caractéristiques des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017 présentaient des caractéristiques générales très similaires à ceux·elles recruté·e·s en 2011-2012. Les seules différences statistiquement significatives entre les deux collectifs concernent le type d'assurance maladie ainsi que le fait d'être au bénéfice d'une subvention. En effet, tant la souscription à un modèle d'assurance alternatif que la réception de subventions pour payer les primes sont plus fréquemment rapportées en 2017 que lors du premier recrutement.

Tableau 7 Caractéristiques des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	moyenne (DS, intervalle) ou %	n	moyenne (DS, intervalle) ou %	valeur de p *
Age moyen	(n=514)	64.7 (13.5, 18-92)	(n=519)	64.5 (11.3, 19-91)	0.73
Femmes	(n=514)	43.0%	(n=519)	40.3%	0.37
Etat civil	(n=507)		(n=516)		0.11
Célibataire		10.7%		8.3%	
Marié·e, en couple ou en partenariat		58.0%		63.8%	
Séparé·e ou divorcé·e		21.3%		16.7%	
Veuf·ve		10.1%		11.2%	
Education	(n=482)		(n=504)		0.06
Primaire		16.8%		18.9%	
Secondaire		51.5%		56.2%	
Tertiaire		31.7%		25.0%	
Activité professionnelle **	(n=501)		(n=503)		-
Temps plein (80-100 %)		19.8%		23.7%	
Temps partiel (< 80 %)		9.6%		8.4%	
Retraité·e, rentier·ère (vieillesse)		58.5%		-	
Invalidité		6.2%		-	
Chômage		2.2%		-	
Retraité·e		-		45.9%	
Chômage, au bénéfice de l'assurance invalidité		-		6.2%	
Rentier·ère		-		10.7%	
En formation		0.6%		0.6%	
Femme/homme au foyer		3.2%		4.6%	
Vit seul·e à domicile	(n=504)	31.9%	(n=516)	26.7%	0.07

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	moyenne (DS, intervalle) ou %	n	moyenne (DS, intervalle) ou %	valeur de p *
Revenu brut du ménage †	(n=485)		(n=486)		0.11
< 1er quartile		23.9%		21.2%	
1er quartile - < revenu médian		29.3%		26.5%	
Revenu médian - < 3ème quartile		26.8%		27.8%	
≥ 3ème quartile		11.6%		17.3%	
Ne sait pas		8.5%		7.2%	
Précarité financière ††	(n=501)		-		-
Oui		34.9%		-	
Non		65.1%		-	
Assurance maladie §	(n=499)		(n=511)		0.00
Assurance ordinaire avec franchise		64.7%		84.5%	
Modèle d'assurance alternatif §§		29.3%		12.9%	
Autre		4.0%		2.0%	
Ne sait pas		2.0%		0.6%	
Subventions assurance maladie §	(n=503)		(n=515)		0.02
Oui		23.1%		16.3%	
Non		75.0%		82.1%	
Ne sait pas		2.0%		1.6%	
Nationalité	(n=505)		(n=515)		0.62
Suisse		81.4%		84.9%	
Européenne		12.3%		10.7%	
Extra-européenne		1.8%		1.2%	
Suisse et autre nationalité		4.6%		3.3%	
Membre de l'AVD/diabètevaud	(n=506)	11.9%	(n=516)	14.3%	0.39

\- Données non disponibles.

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles et des tests de Student pour les variables continues ; une valeur de p < 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

** Les modalités de réponse à la question relative à l'activité professionnelle étaient présentées un peu différemment dans le questionnaire de 2011-2012 que dans celui de 2017, d'où la présence de modalités de réponses légèrement différentes.

† Les modalités de réponse à la question sur le revenu mensuel brut du ménage ont été ajustées en fonction des derniers chiffres de revenu moyen des contribuables vaudois.

	Recrutement 2011-2012	Recrutement et Suivi 2017
≤ 1er quartile	≤ 3499 SFr	≤ 3499 SFr
1er quartile - < revenu médian	3500 - 5499 SFr	3500 - 5899 SFr
Revenu médian - < 3ème quartile	5500 - 9499 SFr	5900 - 9699 SFr
≥ 3ème quartile	≥ 9500 SFr	≥ 9700 SFr

†† La précarité financière est définie par le fait d'avoir eu de la peine à payer ses factures au cours des 12 derniers mois.

§ Assurance de base obligatoire LAMal.

§§ Modèle d'assurance de type réseau de médecins ou HMO, modèle médecin de famille, modèle avec consultation téléphonique au préalable/avant chaque visite médicale.

DS : déviation standard ; AVD : Association Vaudoise du Diabète.

4.1.3 Habitudes de vie et état de santé des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Même si 23 % des participant·e·s au nouveau recrutement estimaient leur santé médiocre ou mauvaise (Tableau 8), la majorité d'entre eux·elles la trouvaient bonne (62 %), même très bonne ou excellente (15 %). Presque un tiers reportaient être inactifs physiquement, moins de la moitié reportaient une consommation d'alcool à risque et un cinquième fumaient, et cela depuis en moyenne 35 ans ; plus de trois quarts des fumeur·euse·s fumaient moins d'un paquet de cigarette par jour (données non illustrées). De surcroit, 81 % des personnes interrogées étaient considérées comme obèses ou en surpoids, 35 % dépistées positivement pour la dépression et 59 % atteintes de deux comorbidités ou plus.

En 2017, 20 % des participant·e·s au recrutement ne présentaient aucune comorbidité en plus de leur diabète (Figure 5). L'hypertension artérielle (42 %), l'hypercholestérolémie (32 %) et l'arthrose ou arthrite (31 %) étaient les comorbidités les plus fréquemment rapportées.

Comparaison des habitudes de vie et de l'état de santé des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les habitudes de vie et l'état de santé des patient·e·s diabétiques étaient très similaires entre les deux recrutements ; aucune différence statistiquement significative n'a été observée.

Les résultats des deux recrutements étaient relativement proches en ce qui concerne les différentes comorbidités, si ce n'est qu'une plus grande proportion de patient·e·s rapportaient avoir des comorbidités en 2011-2012 qu'en 2017. Par ailleurs, le pourcentage de personnes présentant de l'hypercholestérolémie était plus bas de manière statistiquement significative en 2017 qu'en 2011-2012 (32 % vs 39 %).

Tableau 8 Habitudes de vie et état de santé des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Santé subjective	(n=505)		(n=509)		0.75
Excellente		2.2%		2.0%	
Très bonne		13.1%		12.2%	
Bonne		62.2%		64.2%	
Médiocre		19.4%		17.3%	
Mauvaise		3.2%		4.3%	
Tabagisme actif	(n=496)	18.8%	(n=509)	17.3%	0.73
Indice de masse corporelle (kg/m²)	(n=487)		(n=481)		0.72
Surpoids (IMC 25-29.9)		37.8%		35.3%	
Obésité (IMC ≥ 30)		43.1%		46.8%	

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Activité physique **	(n=495)		(n=494)		0.74
Inactivité †		27.9%		29.8%	
Activité partielle ††		17.2%		15.8%	
Activité §		55.0%		54.5%	
Consommation d'alcool	(n=489)		(n=484)		0.06
Consommation à risque (AUDIT-C : hommes ≥ 4, femmes ≥ 3)		42.3%		48.4%	
Nombre de comorbidités §§	(n=495)		(n=505)		0.40
0		19.8%		16.8%	
1		30.9%		27.5%	
2		26.1%		27.3%	
≥ 3		23.2%		28.3%	
Dépistage positif pour la dépression	(n=502)	35.3%	(n=503)	30.6%	0.12

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

** 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.

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

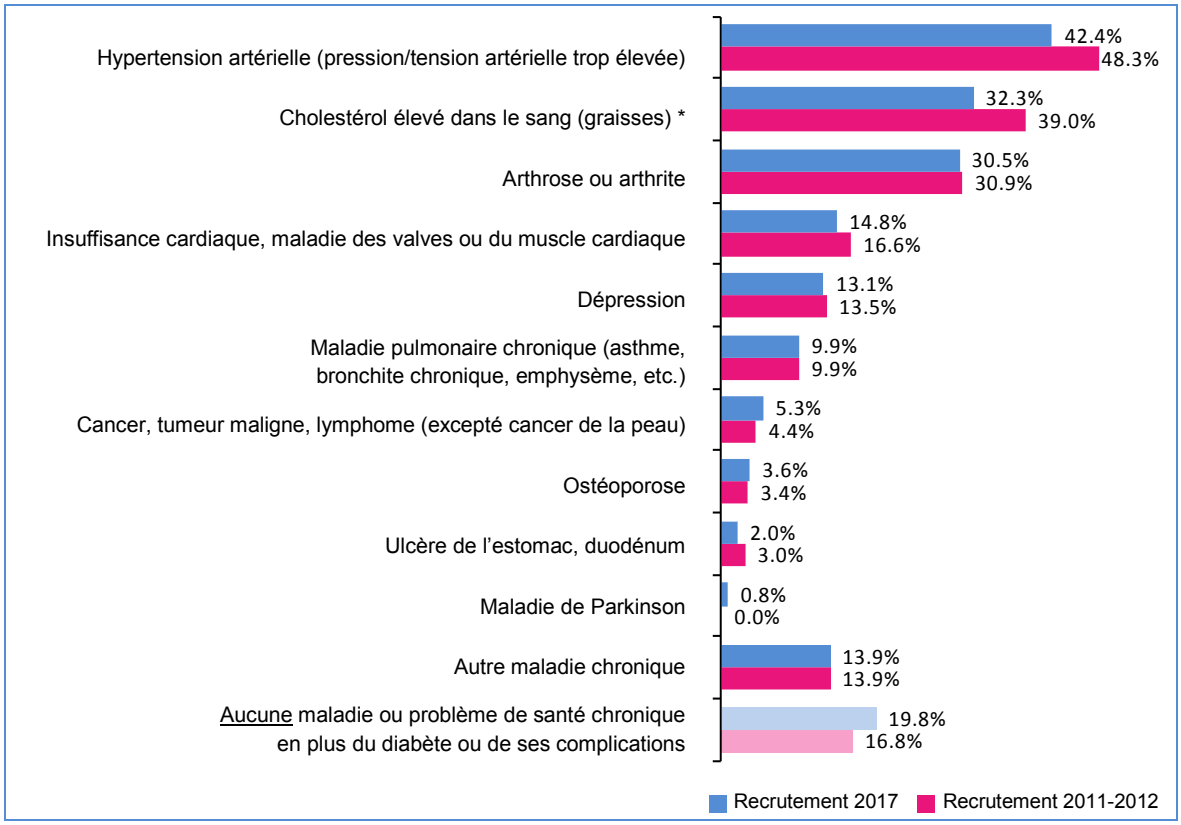
†† Activité partielle : par semaine 30-149 minutes d'activité physique modérée ou 1 fois une activité intense.

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

§§ Liste des comorbidités proposées comme modalités de réponse 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 rapportées, une seule comorbidité supplémentaire est considérée dans le score de comorbidités).

IMC : indice de masse corporelle ; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption

Figure 5 **Comorbidités des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012**



* Différence statistiquement significative entre les deux recrutements, obtenue avec un test de Chi2.

4.1.4 Description du diabète des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Les caractéristiques du diabète auto-rapportées par les répondant·e·s sont décrites dans le Tableau 9.

On peut relever que parmi les patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017 :

- La majorité rapportaient un diabète de type 2
- 56 % avaient un diagnostic du diabète datant de plus de 10 ans
- La moitié étaient traité·e·s par insuline
- Les complications liées au diabète les plus fréquemment reportées étaient des douleurs ou perte de sensibilité aux pieds (17 %), des problèmes de vue (10 %) et un infarctus, crise cardiaque, angine de poitrine (9 %)
- 63 % ne souffraient d'aucune complication, alors que 4 % en présentaient 3 ou plus
- Trois quarts obtenaient un score global de 0 au questionnaire de Morisky, relevant d'une bonne compliance médicamenteuse

Comparaison des caractéristiques du diabète des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Quelques différences statistiquement significatives sont observées entre les deux collectifs. Ainsi, un diagnostic de diabète datant de plus de 10 ans était plus fréquemment rapporté en 2017 qu'au premier recrutement (56 % vs 48 %). De plus, la proportion de patient·e·s présentant au moins une complication du diabète était inférieure en 2017 qu'en 2011-2012 (37 % vs 47 %), principalement en raison des différences observées pour les problèmes de vue (10 % vs 18 %), les douleurs ou perte de sensibilité aux pieds (17 % vs 22 %) et l'hypo/hyper-glycémie sévère (7 % vs 11 %). Il en découle que la proportion de personnes souffrant de neuropathie (18 % vs 25 %), de complications microvasculaires (16 % vs 22 %) ou de complications macrovasculaires (26 % vs 35 %) était plus basse en 2017 qu'en 2011-2012 ; les complications incluses dans ces variables sont listées dans les notes de bas de Tableau 9.

Tableau 9 **Caractéristiques du diabète auto-rapportées par les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012**

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	% ou moyenne (DS)	n	% ou moyenne (DS)	valeur de p *
Type de diabète (auto-rapporté)	(n=514)				
Type 1		10.9%			
Type 2		74.3%			
Divers		14.8%			
Type de diabète (attribué) **	-		(n=519)		-
Type 1		-		11.6%	
Type 2		-		84.6%	
Autre		-		3.9%	
Durée du diabète	(n=501)		(n=511)		0.08
1-5 ans		23.6%		27.6%	
6-10 ans		20.4%		24.5%	
11-15 ans		20.8%		18.6%	
16-20 ans		16.8%		11.9%	
> 20 ans		18.6%		17.4%	
Durée du diabète > 10 ans	(n=501)	56.1%	(n=511)	48.0%	0.01
Traitement †, ††	(n=513)		(n=517)		-
Antidiabétique oral (ADO)		80.3%		78.0%	
Insuline		49.5%		48.7%	
Autre injection que de l'insuline		15.6%		-	
Aucun/ne sait pas		0.2%		0.6%	
Complications liées au diabète ††, §	(n=501)		(n=504)		
Infarctus, crise cardiaque, angine de poitrine		9.0%		11.1%	0.26
Accident vasculaire cérébral (AVC)		4.0%		3.4%	0.60

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	% ou moyenne (DS)	n	% ou moyenne (DS)	valeur de p *
Problèmes de vue (atteinte de la rétine, y compris traitement laser) §§		10.2%		17.9%	0.00
Problème de reins ne nécessitant pas de dialyse (insuffisance rénale)		7.0%		4.4%	0.07
Dialyses régulières ou greffe de rein		0.2%		1.0%	0.10
Douleurs ou perte de sensibilité aux pieds		17.4%		22.4%	0.05
Ulcères ou plaies des pieds		2.8%		4.0%	0.30
Amputation de membre inférieur		1.6%		2.6%	0.28
Hypo/hyper-glycémie sévère		7.0%		10.5%	0.05
Nombre de complications rapportées					0.01
0 complication		62.7%		52.6%	
1 complication		25.2%		30.6%	
2 complications		8.6%		10.7%	
≥ 3 complications		3.6%		6.2%	
Neuropathie	(n=501)	18.0%	(n=504)	25.0%	0.01
Complications microvasculaires ‡	(n=501)	16.0%	(n=504)	21.6%	0.02
Complications macrovasculaires ‡‡	(n=501)	25.6%	(n=504)	35.1%	0.00
Compliance médicamenteuse (Score de Morisky)					
Oublier de prendre ses médicaments	(n=510)	18.4%	(n=516)	19.0%	0.82
Ne pas se soucier de prendre ses médicaments	(n=505)	5.7%	(n=511)	6.1%	0.83
Arrêter de prendre ses médicaments lorsque se sent mieux	(n=507)	2.4%	(n=513)	2.1%	0.81
Arrêter de prendre ses médicaments car se sent plus mal après les avoir pris	(n=503)	3.0%	(n=501)	2.8%	0.86
Score global ¶	(n=513)		(n=495)		0.70
0		76.6%		76.6%	
1		18.5%		18.6%	
2		4.1%		3.6%	
3		0.6%		1.2%	
4		0.2%		0.0%	

- Données non disponibles.

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

** Après le suivi 2013, le type de diabète a été attribué pour tous les patient·e·s ayant été recrutés en 2011-2012, sur la base des données auto-rapportées par les patient·e·s et celles rapportées par les médecins traitant·e·s, et avec l'aide d'une diabétologue pour les cas ambigus.

† Les modalités de réponse à la question sur le traitement antidiabétique différaient entre les deux recrutements ; en 2017, la possibilité de rapporter un traitement incluant une autre injection que de l'insuline était proposée, alors qu'en 2011-2012 elle n'existait pas.

†† Plusieurs réponses possibles.

§ Les complications rapportées au recrutement 2011-2012 ont été contrôlées en 2014 ; des corrections ont été apportées pour trois patient·e·s. De ce fait, les pourcentages reportés pour ces données peuvent varier légèrement comparé à ce qui a été reporté dans les rapports rédigés avant 2014.

§§ Cataracte, glaucome et DMLA non-compris.

‡ Complications microvasculaires : problèmes de vue et complications rénales (insuffisance rénale et dialyse).

‡‡ Complications macrovasculaires : cœur, AVC, douleurs/perte de sensibilité et ulcères des pieds, amputations.

¶ Score possible de 0 à 4, un score de 0 indiquant une très bonne compliance médicamenteuse.

ADO : antidiabétique oral ; AVC : accident vasculaire cérébral ; DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge

4.1.5 Indicateurs de processus des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus durant les 12 derniers mois

Les processus reflétant des activités de laboratoire (HbA1c et lipides) ou des contrôles effectués chez tous les patient·e·s ambulatoires (mesure de la tension artérielle et du poids) étaient reportés par plus de 90 % des répondant·e·s au recrutement 2017 (Tableau 10). Ainsi, au cours des 12 derniers mois, 98 % avaient eu au moins un contrôle de l'HbA1c (parmi ceux reportant connaitre ce qu'est l'HbA1C), 92 % un contrôle des lipides, 98 % un contrôle de la tension artérielle et 93 % un contrôle du poids.

Les contrôles plus spécifiques à la prise en charge du diabète étaient par contre moins fréquemment reportés. En effet, un contrôle annuel des yeux avait été effectué chez 62 % des patient·e·s, un contrôle des urines chez 68 %, un contrôle des pieds chez 60 % et la vaccination grippale chez 49 %.

En 2017, la modalité de réponse « non » à la question sur la vaccination grippale était séparée en 3 modalités indépendantes, affinant les raisons de non-vaccination. De ce fait, on remarque que sur les 256 personnes non-vaccinées, 58 % ont refusé d'être vacciné, 39 % n'ont pas eu de proposition de vaccination et 1 % n'ont pas été vacciné·e·s en raison de non disponibilité du vaccin au moment de la consultation.

Comparaison des indicateurs de processus pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les résultats des indicateurs de processus sont assez similaires entre les deux recrutements. Nous notons plus particulièrement que :

- Les fréquences des contrôles – de l'HbA1c, des yeux, des lipides, des pieds, des urines, de la tension artérielle et du poids – sont très semblables et ne présentent aucune différence statistiquement significative entre les deux recrutements.
- La proportion de participants ayant rapporté avoir été vacciné contre la grippe était nettement inférieure en 2017 qu'au premier recrutement (49 % vs 64 %).
- Bien que les questions de recommandations diététiques et d'activité physique différaient entre les deux recrutements (en 2011-2012 le focus était mis sur les recommandations données lors d'une consultation chez le médecin, alors qu'en 2017, il était mis sur les recommandations données par un professionnel de santé), la réception de recommandations a été rapportée moins souvent en 2017 qu'en 2011-2012. Si on compare tout de même les résultats des deux recrutements, la différence est même statistiquement significative pour la réception de recommandations d'activité physique (57 % en 2017 et 69 % en 2011-2012).

Tableau 10 Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus (12 derniers mois) pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017			Recrutement 2011-2012			valeur de p *
	n	%	[IC 95%]	n	%	[IC 95%]	
Contrôle HbA1c (parmi les patient·e·s connaissant l'HbA1c)	(n=389)			(n=282)			0.98
1 x		14.1%	[10.7-17.6%]		14.5%	[10.4-18.7%]	
≥ 2 x		83.8%	[80.1-87.5%]		83.7%	[79.3-88.0%]	
Non		1.0%	[0.0-2.0%]		1.1%	[-0.1-2.3%]	
Ne sait pas		1.0%	[0.0-2.0%]		0.7%	[-0.3-1.7%]	
Contrôle chez l'ophtalmologue	(n=510)			(n=511)			0.58
< 1 an		62.4%	[58.1-66.6%]		58.1%	[53.8-62.4%]	
1-2 ans		16.3%	[13.1-19.5%]		17.6%	[14.3-20.9%]	
> 2 ans		10.2%	[7.6-12.8%]		13.1%	[10.2-16.0%]	
Jamais		9.6%	[7.0-12.2%]		9.6%	[7.0-12.2%]	
Ne sait pas		1.6%	[0.5-2.7%]		1.6%	[0.5-2.6%]	
Contrôle des lipides	(n=508)			(n=513)			0.26
Oui		91.7%	[89.3-94.1%]		94.2%	[92.1-96.2%]	
Non		5.3%	[3.4-7.3%]		3.3%	[1.8-4.9%]	
Ne sait pas		3.0%	[1.5-4.4%]		2.5%	[1.2-3.9%]	
Contrôle des pieds effectué par un·e professionnel·le de santé	(n=499)						
Oui		60.3%	[56.0-64.6%]				
Non		38.7%	[34.4-43.0%]				
Ne sait pas		1.0%	[0.1-1.9%]				
Contrôle des pieds effectué par un·e médecin ou un·e infirmier·ère				(n=506)			
Oui					68.2%	[64.1-72.3%]	
Non					31.8%	[27.7-35.9%]	
Ne sait pas					0.0%	[0.0-0.0%]	
Contrôle des urines (microalbuminurie)	(n=507)			(n=512)			0.12
Oui		67.5%	[63.4-71.5%]		63.3%	[59.1-67.5%]	
Non		21.9%	[18.3-25.5%]		21.9%	[18.3-25.5%]	
Ne sait pas		10.7%	[8.0-13.3%]		14.8%	[11.8-17.9%]	
Contrôle de la tension artérielle	(n=506)			(n=509)			0.45
1 x		15.4%	[12.3-18.6%]		12.4%	[9.5-15.2%]	
2-3 x		40.1%	[35.8-44.4%]		41.7%	[37.4-45.9%]	
≥ 4 x		42.5%	[38.2-46.8%]		43.4%	[39.1-47.7%]	
Non		1.8%	[0.6-2.9%]		1.8%	[0.6-2.9%]	
Ne sait pas		0.2%	[-0.2-0.6%]		0.8%	[0.0-1.6%]	
Contrôle du poids	(n=505)			(n=507)			0.87
Oui		92.7%	[90.4-95.0%]		93.3%	[91.1-95.5%]	
Non		6.7%	[4.5-8.9%]		6.3%	[4.2-8.4%]	
Ne sait pas		0.6%	[-0.1-1.3%]		0.4%	[-0.2-0.9%]	

	Recrutement 2017			Recrutement 2011-2012			valeur de p *
	n	%	[IC 95%]	n	%	[IC 95%]	
Vaccination grippale	(n=508)			(n=514)			-
Oui		48.6%	[44.3-53.0%]		63.8%	[59.6-68.0%]	
Non, proposé mais refusé		29.1%	[25.2-33.1%]				
Non, proposé mais vaccin non disponible *		1.6%	[0.5-2.7%]				
Non, pas proposé **		19.7%	[16.2-23.2%]				
Non		-	-		36.0%	[31.8-40.2%]	
Ne sait pas		1.0%	[0.1-1.8%]		0.2%	[-0.2-0.6%]	
Recommandations diététiques, écrites ou orales, par un·e *professionnel·le de santé*	(n=506)						
Oui		44.1%	[39.7-48.4%]				
Non		55.7%	[51.4-60.1%]				
Ne sait pas		0.2%	[-0.2-0.6%]				
Recommandations diététiques, écrites ou orales, lors d'une *consultation chez le·la médecin*				(n=510)			
Oui					49.0%	[44.7-53.4%]	
Non					50.6%	[46.2-54.9%]	
Ne sait pas					0.4%	[-0.2-0.9%]	
Recommandations d'activité physique par un·e *professionnel·le de santé*	(n=505)						
Oui		57.0%	[52.7-61.4%]				
Non		42.0%	[37.7-46.3%]				
Ne sait pas		1.0%	[0.1-1.9%]				
Recommandations d'activité physique, lors d'une *consultation chez le·la médecin*				(n=509)			
Oui					69.4%	[65.3-73.4%]	
Non					30.3%	[26.3-34.3%]	
Ne sait pas					0.4%	[-0.2-0.9%]	

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

Contrôle des pieds (spécifique au recrutement 2017)

Dans le questionnaire 2017, quelques questions supplémentaires sur l'examen des pieds ainsi que sur les complications au niveau des pieds ont été ajoutées ; leurs résultats sont présentés dans le Tableau 11.

Parmi les 300 participant·e·s au recrutement 2017 ayant rapporté avoir eu un contrôle des pieds dans les 12 derniers mois (60 % des répondant·e·s) :

- 70% ont eu un contrôle avec un instrument
- 82 % ont eu leurs pieds vus par un·e médecin
- 27 % ne connaissaient pas ou n'avaient pas été informés du niveau de risque de leurs pieds

Seul·e·s 40 % des patient·e·s reportaient avoir discuté avec un·e médecin ou un·e autre professionnel·le de santé des mesures à prendre pour prévenir les complications au niveau des pieds.

Nous nous sommes également intéressés aux problèmes de pieds passés ou présents des patient·e·s diabétiques. Ainsi, le principal antécédent de problèmes de pieds était d'avoir eu une plaie ou coupure ayant mis plus de deux semaines à cicatriser (16 %) ; les problèmes actuels les plus fréquemment reportés étaient de ressentir une rigidité, des lourdeurs, douleurs ou crampes (50 %) ainsi que de présenter des callosités aux pieds (43 %).

Tableau 11 Contrôle des pieds : questions spécifiques à 2017

	Recrutement 2017	
	n	%
Patient·e·s ayant eu un contrôle des pieds effectué par un·e professionnel·le de santé	(n=499)	60.3%
Un monofilament ou un diapason a été utilisé pour ce contrôle (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle des pieds dans les 12 mois)	(n=299)	
Oui		70.2%
Non		26.4%
Ne sait pas		3.3%
Professionnel·le·s de santé ayant effectué le contrôle des pieds (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle des pieds dans les 12 mois)	(n=298)	
Médecin		71.5%
Infirmier·ère		6.0%
Podologue		9.7%
Médecin et infirmier·ère		3.7%
Médecin et podologue		6.4%
Médecin, infirmier·ère et podologue		0.7%
Infirmier·ère et podologue		1.7%
Ne sais pas		0.3%

	Recrutement 2017	
	n	%
Quel niveau de risque a été précisé par le·la professionnel·le de santé (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle dans les 12 mois)	(n=297)	
Risque faible		50.2%
Risque augmenté		17.5%
Risque élevé		3.0%
Risque très élevé		2.4%
Ne sait pas/rien précisé		26.9%
Discussion avec le·la médecin ou un·e autre professionnel·le de santé sur la prévention des risques de complications au niveau des pieds (12 mois)	(n=501)	38.3%
Antécédents de problèmes de pieds		
Plaie ou coupure à un pied ou une jambe ayant mis plus de 2 semaines à cicatriser	(n=494)	16.2%
Ulcère aux pieds	(n=469)	1.7%
Amputé d'un orteil, d'un pied ou d'une jambe	(n=470)	1.7%
Revascularisation du membre inférieur	(n=469)	3.0%
Problèmes de pieds actuels		
Ulcère, plaie ou cloque à un pied	(n=474)	5.3%
Chaussettes tâchées de sang, de suintement	(n=466)	0.6%
Callosités aux pieds	(n=477)	43.2%
Impression d'engourdissement, de picotement, de fourmillement ou de démangeaison aux pieds	(n=481)	29.7%
Rigidité, lourdeurs, douleurs ou crampes aux pieds ou aux jambes	(n=485)	49.5%

Autres indicateurs de processus

Les résultats des autres indicateurs de processus évalués sans fenêtre de temps particulière sont décrits dans le Tableau 12. Ainsi en 2017 :

- Si 80 % des répondant·e·s disaient surveiller leur glycémique à domicile, moins d'un tiers de ceux ne le faisant pas s'étaient vu proposer par leur médecin de le faire.
- Par rapport à l'ensemble du collectif des patient·e·s recruté·e·s en 2017, seulement 10 % étaient des fumeur·euse·s actif·ve·s n'ayant pas reçu de recommandations de cessation tabagique. Lorsque l'on se concentre uniquement sur les 93 fumeur·euse·s actif·ve·s recruté·e·s en 2017, on remarque que 48 d'entre eux·elles, soit plus de la moitié, n'avaient pas reçu de telles recommandations.
- Seul un tiers des personnes avaient déjà participé à un cours sur la gestion du diabète, majoritairement en groupe (61 %). Pour ceux·elles n'ayant jamais suivi de cours, les principales barrières à une participation étaient de ne jamais s'être vu proposé de le faire (48 %), de ne jamais en avoir entendu parler (29 %), ainsi que le manque d'intérêt (27 %).
- Le passeport diabète n'était que peu connu (14 %). De plus, parmi les 68 patient·e·s connaissant son existence, plus de la moitié ne l'utilisaient jamais.

Comparaison des autres indicateurs de processus des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les résultats des deux collectifs de patient·e·s étaient assez proches en termes d'indicateurs de processus évalués sans fenêtre de temps particulière. Seule la réception de recommandations de cessation tabagique différait de manière statistiquement significative entre les deux recrutements, avec un peu moins de patient·e·s qui en avaient reçues en 2017 par rapport à 2011-2012 (90 % vs 95 %).

Tableau 12 Autres indicateurs de processus (sans fenêtre de temps) pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Surveillance glycémique à domicile	(n=508)		(n=511)		0.54
Oui		83.1%		81.6%	
Non		16.9%		18.4%	
Surveillance glycémique proposée par le·la médecin (si pas de surveillance glycémique à domicile)	(n=85)		(n=91)		0.32
Oui		28.2%		26.4%	
Non		69.4%		73.6%	
Ne sait pas		2.4%		0.0%	
Recommandations de cessation tabagique	(n=495)		(n=509)		0.01
Non-fumeur·euse ou fumeur·euse actuel·le qui a reçu des recommandations		90.3%		94.9%	
Fumeur·euse actuel·le sans recommandations		9.7%		5.1%	
Participation à un cours sur la gestion du diabète depuis le diagnostic du diabète **	(n=510)		-		-
Participation l'année suivant le diagnostic		19.6%		-	
Participation plus d'une année après le diagnostic		11.4%		-	
Participation suite à une hospitalisation		4.1%		-	
Participation suite à une complication du diabète		0.8%		-	
Participation suite à l'introduction d'une insulinothérapie		5.9%		-	
Jamais participé		64.1%		-	
Ne sait pas		1.2%		-	

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Participation à un cours sur la gestion du diabète depuis le diagnostic du diabète	(n=510)		(n=507)		0.12
Oui		34.7%		32.7%	
Non		64.1%		67.1%	
Ne sait pas		1.2%		0.2%	
Forme sous laquelle a été dispensé le cours (pour ceux ayant suivi un cours)	(n=172)		-		-
Cours individuel		32.0%		-	
Cours en groupe		61.1%		-	
Cours individuel et cours en groupe		7.0%		-	
Si jamais participé, pour quelles raisons **	(n=325)		-		-
N'a jamais entendu parler de ces cours		29.2%		-	
Jamais proposé		48.0%		-	
Pas intéressé		27.4%		-	
Pas de cours dans la région		1.2%		-	
Horaires ne conviennent pas, les offres sont trop éloignées		3.4%		-	
Trop cher		2.2%		-	
Autre raison		15.4%		-	
Connaissance du passeport diabète	(n=492)	14.2%	(n=516)	18.4%	0.18
Utilisation du passeport diabète (pour ceux qui le connaissent)	(n=68)		(n=90)		0.26
Jamais		52.9%		38.9%	
Rarement		16.2%		24.4%	
Souvent		8.8%		14.4%	
Toujours		22.1%		22.2%	

- Données non disponibles.

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles et des tests de Student pour les variables continues ; une valeur de p < 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

** Plusieurs réponses possibles.

Utilisation des services de santé

Nous observons que parmi les patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017, 94 % ont consulté au moins une fois leur médecin de famille, interniste, généraliste au cours des 12 derniers mois, et 62 % d'entre eux ont consulté au moins une fois un·e médecin diabétologue (Tableau 13). Le recours aux autres professionnel·le·s de santé impliqué·e·s dans les soins du diabète était moins important. Ces résultats montrent également que près de 16 % des répondant·e·s ont renoncé à des soins en raison du prix ; les soins dentaires et podologiques étaient ceux dont davantage de patient·e·s s'en étaient privés (53 % et 34 %, respectivement).

Comparaison de l'utilisation des services de santé des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Globalement, les fréquences des visites chez des professionnel·le·s de santé ainsi que le renoncement aux soins ne variaient que discrètement entre les deux recrutements. La seule différence statistiquement significative se trouve dans la proportion de personnes diabétiques bénéficiant de la visite à domicile d'un·e professionnel·le de santé du CMS ; ils étaient 12 % en 2017 contre 7 % en 2011-2012. Sur le même sujet, une différence importante est observée pour le renoncement aux soins à domicile, davantage reportant y avoir renoncé en 2017 (15 %) qu'en 2011-2012 (6 %).

Tableau 13 Utilisation des services de santé (12 derniers mois) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Visite chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste	(n=472)		(n=473)		0.93
1 x		11.7%		12.9%	
2-3 x		39.4%		38.3%	
≥ 4 x		43.0%		42.5%	
Jamais		5.9%		6.3%	
Visite chez le·la médecin diabétologue	(n=418)		(n=334)		0.43
1 x		11.2%		12.3%	
2-3 x		31.6%		28.7%	
≥ 4 x		18.9%		23.4%	
Jamais		38.3%		35.6%	
Visite chez l'infirmier·ère en diabétologie	(n=342)		(n=266)		0.14
1 x		6.4%		9.4%	
2-3 x		8.5%		4.5%	
≥ 4 x		7.3%		6.4%	
Jamais		77.8%		79.7%	
Visite chez le·la diététicien·ne	(n=339)		(n=269)		0.79
1 x		14.2%		13.0%	
2-3 x		7.4%		6.0%	
≥ 4 x		6.5%		5.6%	
Jamais		72.0%		75.5%	
Visite chez le·la podologue	(n=384)		(n=299)		0.68
1 x		11.5%		12.0%	
2-3 x		9.6%		11.4%	
≥ 4 x		17.5%		14.4%	
Jamais		61.5%		62.2%	

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Visite chez le·la dentiste	(n=450)		-		-
1 x		42.2%		-	
2-3 x		30.7%		-	
≥ 4 x		6.9%		-	
Jamais		20.2%		-	
Hospitalisations	(n=495)		(n=506)		0.29
1 x		16.0%		19.8%	
≥ 2 x		7.1%		6.7%	
Jamais		77.0%		73.5%	
Consultation en urgence, sans rendez-vous	(n=500)		(n=513)		0.07
1 x		20.8%		18.5%	
2-3 x		10.4%		8.8%	
≥ 4 x		3.4%		1.4%	
Jamais		65.4%		71.4%	
Visite à domicile d'un·e professionnel·le de santé du CMS	(n=508)		(n=513)		0.02
Oui, régulièrement		5.7%		3.7%	
Oui, provisoirement		6.5%		3.7%	
Non		87.8%		92.0%	
Ne sait pas		0.0%		0.6%	
Aide à domicile pour soulager dans les tâches quotidiennes	(n=507)		(n=512)		0.29
Oui, régulièrement		5.1%		3.7%	
Oui, provisoirement		3.2%		2.0%	
Non		91.5%		93.8%	
Ne sait pas		0.2%		0.6%	
Renoncement aux soins	(n=498)		(n=506)		0.92
Oui		15.9%		15.6%	
Non		83.3%		83.8%	
Ne sait pas		0.8%		0.6%	
Type de soins renoncés (pour ceux·elles ayant renoncé à des soins)	(n=79)		(n=79)		
Consultation chez le·la généraliste (médecine interne générale, médecine de famille)		8.9%		6.3%	0.55
Consultation chez le·la spécialiste (diabétologue, ophtalmologue, cardiologue, etc.)		7.6%		8.9%	0.77
Consultation chez le·la podologue		34.2%		32.9%	0.87
Consultation chez d'autres professionnel·le·s de santé (diététicien·ne, infirmier·ère en diabétologie, etc.)		10.1%		10.1%	1.00
Intervention/traitement nécessitant un séjour hospitalier		1.3%		2.5%	0.56
Médicaments		10.1%		10.1%	1.00
Soins dentaires		53.2%		62.0%	0.26

	Recrutement 2017 n	Recrutement 2017 %	Recrutement 2011-2012 n	Recrutement 2011-2012 %	valeur de p *
Soins à domicile		15.2%		6.3%	0.07
Appareillage et matériel spécialisé (glucomètre, bandelettes de glycémie, chaussures adaptées, etc.)		17.7%		19.0%	0.84

- Données non disponibles.

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de p < 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

Le Tableau 14 ci-après montre la répartition des visites chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste et chez le·la médecin spécialiste en diabétologie. Que ce soit lors du recrutement initial ou du second recrutement, entre 2 et 3 % des participant·e·s n'avaient vu ni médecin généraliste, ni médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. En revanche, la proportion de patient·e·s ayant vu les deux types de médecins était plus élevée en 2017 qu'en 2011-2012 (38.9 % vs 29.5 %).

Tableau 14 Répartition des visites chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste et chez le·la médecin diabétologue (recrutement 2017 n=514, recrutement 2011-2012 n=519)

	Pas de consultation chez le·la médecin spécialiste ou donnée manquante		≥ 1 consultation chez le·la médecin spécialiste	
	Recrutement 2017	Recrutement 2011-2012	Recrutement 2017	Recrutement 2011-2012
Pas de consultation chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste ou donnée manquante	2.3% (n=12)	2.7% (n=14)	11.3% (n=58)	12.0% (n=62)
≥ 1 consultation chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste	47.5% (n=244)	55.9% (n=290)	38.9% (n=200)	29.5% (n=153)

4.1.6 Indicateurs de résultats des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Critères d'évaluation primaire : HbA1c et qualité de vie

Les résultats relatifs à l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et à la qualité de vie sont reportés dans le Tableau 15 et la Figure 6.

En 2017, un peu plus des trois quarts des répondant·e·s avaient déjà entendu parler de l'HbA1c, dont 273 ayant reporté la dernière valeur mesurée : la moyenne des valeurs d'HbA1c était de 7.2 %. Nous observons également que plus de la moitié des répondant·e·s reportaient une valeur d'HbA1c inférieure à 7 % et seulement 4 % une valeur supérieure à 9 %.

Dans l'échantillon du recrutements 2017, les scores de qualité de vie générique variaient de 10.4 à 63.5, avec une moyenne de 44.2, pour la dimension physique (PCS – physical component score) et de 3.2 à 69.5, avec une moyenne de 46.0, pour la dimension psychique (MCS – mental component score) du questionnaire SF-12 (scores variant de 0 le pire score à 100 le meilleur score, construits pour avoir une moyenne de 50 et une déviation standard de 10 dans la population générale des USA). De même, les scores de qualité de vie spécifique au diabète variaient de -9 à 0, avec une moyenne de -1.5 (ADDQoL, scores de -9 pour un impact négatif maximum du diabète à +3 pour un impact positif maximum du diabète).

Comparaison des résultats d'HbA1c et de qualité de vie des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les différences entre les deux recrutements, en ce qui concerne l'HbA1c, étaient les suivantes :

- La proportion de participant·e·s ayant déjà entendu parler de l'HbA1c variait de manière statistiquement significative entre les deux recrutements (77 % en 2017 vs 58 % en 2011-2012).
- Bien que la proportion de patient·e·s reportant une valeur en dessous du seuil d'HbA1c de 7 % était plus élevée en 2017 qu'au premier recrutement (53 % vs 41 %), les proportions de patient·e·s dépassant le seuil de 8 % ne variaient que très peu (17 % vs 19 %).

Et en ce qui concerne la qualité de vie :

- Les scores de qualité de vie générique relative à la santé (SF-12) et spécifique au diabète (ADDQoL), ne variaient que discrètement entre les deux recrutements.

Tableau 15 Critères d'évaluation primaire : HbA1c et qualité de vie des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	valeur de p *
HbA1c					
Connaissance de l'HbA1c	(n=505)		(n=485)		0.00
Oui		77.2%		58.4%	
Non		16.6%		33.2%	
Ne sait pas		6.1%		8.5%	
Valeur HbA1c ** (moyenne en %)	(n=273)	7.2 [7.0-7.3]	(n=176)	7.3 [7.2-7.5]	0.13
Catégories de valeur HbA1c	(n=273)		(n=176)		0.06
≤ 7 %		53.1%		40.9%	
7.1 % - 8 %		30.0%		40.3%	
8.1 % - 9 %		13.2%		13.1%	
> 9 %		3.7%		5.7%	

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		valeur de p *
	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	
Qualité de vie					
Générique (SF-12) †					
PCS (moyenne)	(n=500)	44.2 [43.3-45.1]	(n=498)	43.4 [42.5-44.4]	0.25
MCS (moyenne)	(n=500)	46.0 [45.0-47.0]	(n=496)	47.0 [46.0-48.0]	0.17
Spécifique (ADDQoL) ††					
Score global (moyenne)	(n=510)	-1.5 [-1.6--1.3]	(n=512)	-1.6 [-1.7--1.4]	0.35

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles et des tests de Student pour les variables continues ; une valeur de p < 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

** Parmi les patient·e·s 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 1 personne au recrutement 2011-2012.

† 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.

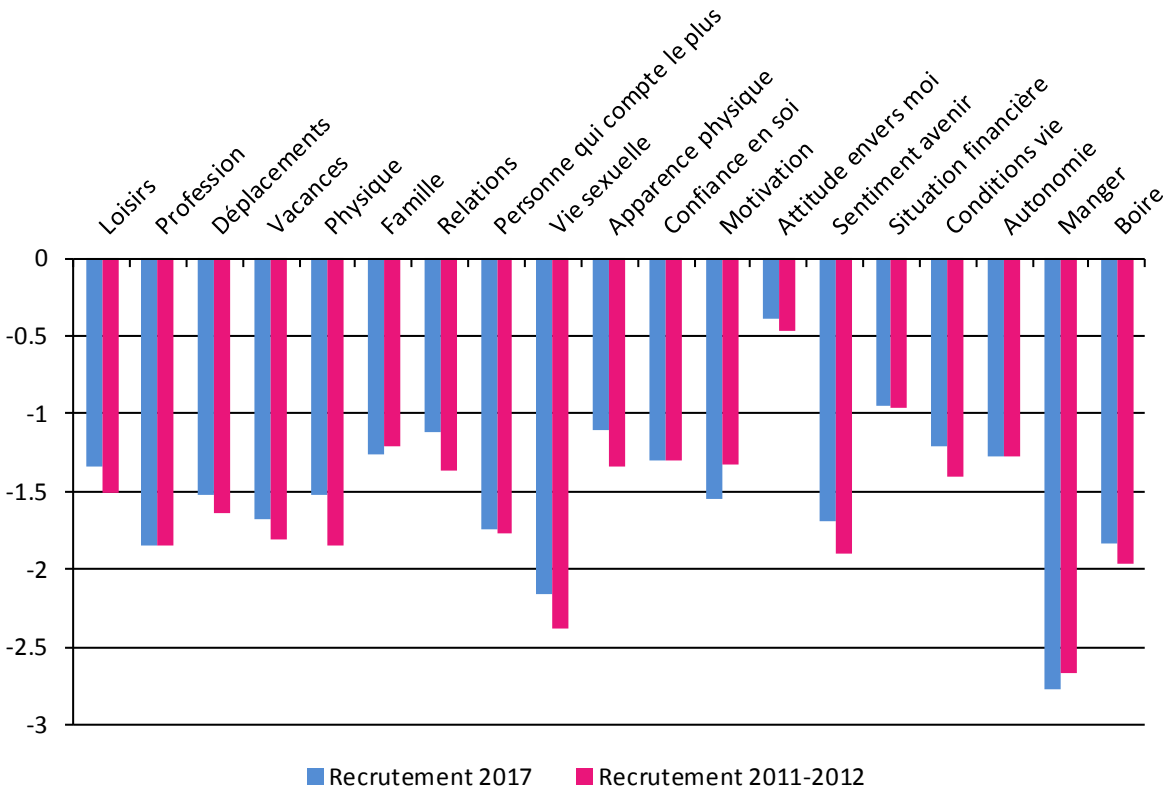
HbA1c : Hémoglobine glyquée ; SF-12 : Short-Form 12 ; MCS : Mental component score ; PCS : Physical component score ; ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire

Parmi les 19 dimensions évaluées par l'ADDQoL (Figure 6), celles impactant le plus négativement la qualité de vie des patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017, étaient « la liberté de pouvoir manger comme le·la patient·e le désire » et « la vie sexuelle ». A l'opposé, la dimension sur laquelle le diabète avait le moins d'influence était « l'attitude des autres envers soi ».

Comparaison des résultats des 19 dimensions de l'ADDQoL pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Bien que les tendances soient assez similaires entre les deux recrutements, les résultats de la majorité des dimensions étaient légèrement moins bons en 2011-2012.

Figure 6 **Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL, moyennes des scores des dimensions) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012**



Note : 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·la patient·e.

ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire

Critères d'évaluation primaire : 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 (CCM), sont présentés dans le Tableau 16.

Au recrutement 2017, les meilleurs scores ont été obtenus pour « la satisfaction quant à l'organisation des soins » (4.0) et pour « la certitude que les valeurs et traditions sont prises en compte dans les propositions de traitements » (3.8). Alors que les scores les plus bas ont été obtenus pour « l'encouragement à participer aux programmes organisés localement » (1.8) et pour « l'encouragement à participer à un groupe ou un cours pour aider à la gestion du diabète » (1.7)

Comparaison des résultats du PACIC pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les scores du PACIC ne variaient que discrètement entre les deux recrutements, que ce soit pour le score global ou les 20 questions individuelles. Un seul élément de la prise en charge du diabète a été évalué différemment entre les deux recrutements, « diverses options de traitement auxquelles

réfléchir » ayant été proposées plus souvent en 2017 qu'en 2011-2012 ; bien que la différence semble infime entre 2.7 et 2.4, sur l'échelle de 1 à 5, elle est statistiquement significative.

Tableau 16 Prise en charge globale (PACIC, moyenne des scores) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017			Recrutement 2011-2012			
	n	Score	IC95%	n	Score	IC95%	valeur de p *
Score global (basé sur les 20 questions)	(n=496)	2.8	[2.7-2.9]	(n=503)	2.8	[2.7-2.8]	0.71
Questions individuelles							
On m'a demandé mon avis lors de l'élaboration du plan de traitement.	(n=485)	3.3	[3.1-3.4]	(n=491)	3.2	[3.0-3.3]	0.22
On m'a proposé diverses options de traitement auxquelles réfléchir.	(n=484)	2.7	[2.6-2.9]	(n=483)	2.4	[2.3-2.6]	0.00
On m'a demandé de parler de tout problème lié à mes médicaments ou à leurs effets.	(n=482)	3.4	[3.3-3.5]	(n=486)	3.3	[3.2-3.4]	0.37
On m'a donné une liste écrite de choses que je devrais faire pour améliorer ma santé.	(n=488)	2.3	[2.2-2.4]	(n=487)	2.3	[2.1-2.4]	0.61
J'étais satisfait·e de l'organisation des soins.	(n=476)	4.0	[3.9-4.1]	(n=459)	4.1	[4.0-4.2]	0.20
On m'a expliqué en quoi la manière dont je m'occupe de mon diabète influençait mon état de santé.	(n=484)	3.6	[3.5-3.7]	(n=490)	3.7	[3.6-3.8]	0.10
On m'a demandé de parler des objectifs que je vise pour prendre soin de mon état de santé.	(n=483)	2.9	[2.7-3.0]	(n=483)	2.9	[2.8-3.0]	0.79
On m'a aidé·e à établir des objectifs personnels pour améliorer mon alimentation ou mon activité physique.	(n=483)	2.8	[2.7-2.9]	(n=485)	3.0	[2.8-3.1]	0.09
On m'a donné un exemplaire de mon plan de traitement.	(n=480)	2.3	[2.2-2.4]	(n=481)	2.3	[2.1-2.4]	0.61
On m'a encouragé·e à participer à un groupe ou à un cours pour m'aider à gérer mon diabète.	(n=483)	1.8	[1.7-1.9]	(n=485)	1.8	[1.7-1.9]	0.91
On m'a posé des questions sur mes habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire.	(n=487)	2.8	[2.6-2.9]	(n=489)	2.8	[2.7-3.0]	0.52
J'étais certain·e que mon·ma médecin ou mon infirmier·ère tenait compte de mes valeurs et traditions lorsqu'il·elle·s me recommandaient des traitements.	(n=478)	3.8	[3.7-3.9]	(n=484)	3.8	[3.7-3.9]	0.73
On m'a aidé·e à établir un plan de traitement adapté à ma vie quotidienne.	(n=486)	2.8	[2.7-2.9]	(n=491)	2.8	[2.7-3.0]	0.94
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=484)	2.7	[2.5-2.8]	(n=490)	2.7	[2.6-2.9]	0.40
On m'a demandé comment mon diabète affecte ma vie.	(n=482)	2.7	[2.6-2.8]	(n=483)	2.6	[2.5-2.8]	0.44

	Recrutement 2017			Recrutement 2011-2012			
	n	Score	IC95%	n	Score	IC95%	valeur de p *
On m'a contacté·e après une consultation pour voir comment les choses allaient.	(n=480)	2.1	[1.9-2.2]	(n=486)	2.0	[1.9-2.1]	0.69
On m'a encouragé·e à participer aux programmes organisés localement qui pourraient m'aider.	(n=479)	1.7	[1.6-1.8]	(n=480)	1.7	[1.6-1.8]	0.70
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=482)	2.2	[2.1-2.3]	(n=486)	2.2	[2.0-2.3]	0.52
On m'a expliqué comment mes consultations chez d'autres médecins, comme l'ophtalmologue (spécialiste des yeux), contribuaient à mon traitement.	(n=487)	3.2	[3.1-3.3]	(n=487)	3.1	[3.0-3.2]	0.34
On m'a demandé comment se déroulaient mes consultations avec d'autres médecins.	(n=484)	2.6	[2.5-2.8]	(n=483)	2.5	[2.3-2.6]	0.11

Note : échelle en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours), un score élevé correspondant à une « meilleure » prise en charge.

* Des tests de Student ont été effectués pour les variables continues ; une valeur de p < 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire.

Tension artérielle

Les résultats moyens de tension artérielle reportés par les participant·e·s au recrutement 2017 étaient dans les normes, avec 133/77 mmHg de tension systolique sur diastolique (Tableau 17). Un tiers avaient cependant un résultat plus élevé que le seuil supérieur de 140/90 mmHg, reflétant une tension artérielle trop élevée.

Comparaison des résultats de tension artérielle pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les résultats de tension artérielle étaient très similaires entre les deux recrutements.

Tableau 17 Tension artérielle des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	Moyenne [IC95%] ou %	n	Moyenne [IC95%] ou %	valeur de p
Systolique (moyenne en mmHg)	(n=286)	132.9 [131.3-134.4]	(n=262)	133.2 [131.6-134.9]	0.77
Diastolique (moyenne en mmHg)	(n=276)	77.3 [76.2-78.4]	(n=236)	77.6 [76.4-78.8]	0.70
Seuils :	(n=276)		(n=236)		
< 130/80 mmHg		22.8%		21.2%	0.66
≥ 140/90 mmHg		34.1%		36.9%	0.51

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles et des tests de Student pour les variables continues ; une valeur de p < 005 est considérée comme statistiquement significative.

mmHg : millimètre de mercure

4.1.7 Autres critères d'évaluation des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

Sentiment d'efficacité personnelle : questionnaire de Stanford

Le questionnaire de Stanford (« self-efficacy »), qui mesure le niveau de confiance que les patient·e·s disent avoir pour effectuer certaines tâches ou action, n'a été utilisé qu'à partir du suivi 2013 ; ainsi seuls les résultats du recrutement 2017 sont présentés dans le Tableau 18.

Trois items obtenaient le score de 7.8, reflétant le niveau moyen de confiance le plus haut rapporté par les participant·e·s pour faire ces activités (les scores pouvant aller de 0 pas du tout confiant·e à 10 entièrement confiant·e). Ainsi, les patient·e·s reportaient se sentir le plus en confiance quand il s'agissait de pouvoir manger à intervalle régulier, de savoir déceler des modifications de leur maladie nécessitant une consultation médicale, et de pouvoir contrôler leur diabète pour qu'il n'interfère pas avec leur quotidien. A l'inverse, le score le plus faible (6.5), reflétant le niveau moyen de confiance le plus bas des patient·e·s, a été obtenu par l'item mentionnant le fait de pouvoir faire de l'exercice physique régulièrement.

Tableau 18 Questionnaire d'efficacité personnelle de Stanford (moyenne des scores) pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement

	Recrutement 2017		
	n	Score	IC95%
Score global	(n=488)	7.4	[7.2-7.6]
Questions individuelles			
Confiant·e de pouvoir manger ses repas toutes les 4 à 5 heures chaque jour, petit-déjeuner inclus	(n=497)	7.8	[7.6-8.0]
Confiant·e de pouvoir suivre un régime quand il·elle doit préparer ou partager un repas avec d'autres personnes qui n'ont pas le diabète	(n=488)	7.3	[7.1-7.5]
Confiant·e de pouvoir choisir les aliments appropriés quand il·elle a faim (par exemple le goûter ou une collation)	(n=494)	7.5	[7.3-7.8]
Confiant·e de pouvoir faire de l'exercice physique pendant 15 à 30 minutes, 4 à 5 fois par semaine	(n=491)	6.5	[6.2-6.8]
Confiant·e de pouvoir faire quelque chose pour éviter que son taux de sucre dans le sang ne baisse lorsqu'il·elle fait de l'exercice	(n=483)	7.0	[6.8-7.2]
Confiant·e de savoir que faire lorsque son taux de sucre dans le sang augmente ou diminue plus qu'il ne devrait	(n=490)	7.4	[7.1-7.6]
Confiant·e de savoir évaluer quelles modifications de sa maladie requièrent une consultation chez le·la médecin	(n=489)	7.8	[7.6-8.0]
Confiant·e de pouvoir contrôler son diabète pour qu'il n'interfère pas avec ce qu'il·elle a envie de faire	(n=488)	7.8	[7.6-8.0]

Note : échelle en 10 points, de 1 pas du tout confiant·e à 10 totalement confiant·e.

Autres résultats relatifs au sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle des patientes diabétiques a également été mesuré à l'aide de questions développées *de novo* pour la cohorte CoDiab-VD. Nous observons ainsi que s'occuper de son diabète au quotidien est considéré comme difficile ou très difficile par un dixième des répondant·e·s du recrutement 2017 (Tableau 19). Plus particulièrement, la gestion de l'alimentation au quotidien semblait poser le plus de problèmes, avec 27 % des participant·e·s la trouvant difficile ou très difficile ; venaient ensuite l'activité physique (14 %) et le traitement médicamenteux quotidien (6 %). Quand il s'agit de la gestion de leur vie avec le diabète, environ 50 % des répondant·e·s considéraient la gérer bien à très bien, alors que moins d'un pourcent pensaient la gérer mal à très mal.

Comparaison des résultats d'efficacité personnelle pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les résultats pour la gestion générale du diabète au quotidien ainsi que l'activité physique au quotidien différaient de manière statistiquement significative entre les deux recrutements ; davantage de participant·e·s les trouvaient facile à très facile en 2017 qu'en 2011-2012 (53 % vs 45 % et 50 % vs 40 %, respectivement).

Tableau 19 Sentiment d'efficacité personnelle (pourcentage) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Diabète au quotidien	(n=508)		(n=510)		0.04
Très difficile		1.6%		2.0%	
Difficile		9.1%		11.2%	
Ni difficile, ni facile		36.2%		41.8%	
Facile		38.0%		28.8%	
Très facile		15.2%		16.3%	
Activité physique au quotidien	(n=503)		(n=509)		0.00
Très difficile		3.2%		5.5%	
Difficile		10.7%		17.3%	
Ni difficile, ni facile		36.6%		36.9%	
Facile		35.6%		26.7%	
Très facile		13.9%		13.6%	
Traitement médicamenteux au quotidien	(n=509)		(n=506)		0.09
Très difficile		0.8%		0.8%	
Difficile		5.5%		9.5%	
Ni difficile, ni facile		27.7%		30.6%	
Facile		44.4%		39.1%	
Très facile		21.6%		20.0%	
Alimentation au quotidien	(n=509)		(n=508)		0.43
Très difficile		5.5%		7.3%	
Difficile		21.0%		22.8%	
Ni difficile, ni facile		33.6%		33.7%	
Facile		30.7%		26.0%	
Très facile		9.2%		10.2%	
Gestion de sa vie avec le diabète	(n=510)		-		-
Très bien		19.4%		-	
Bien		29.0%		-	
Plutôt bien		34.7%		-	
Ni bien, ni mal		14.1%		-	
Plutôt mal		2.6%		-	
Mal		0.0%		-	
Très mal		0.2%		-	

\- Données non disponibles au recrutement 2011-2012.

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

Satisfaction et soutien

Près de 60 % des patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017 trouvaient la prise en charge actuelle de leur diabète très bonne ou excellente. De plus, deux tiers des participant·e·s estimaient que l'équipe soignante était toujours disponible pour donner des informations ou du soutien. De même, la satisfaction quant au soutien de cette équipe était considérée comme très bonne ou excellente par 70 % du collectif. Ces résultats sont détaillés dans le Tableau 20.

Comparaison de la satisfaction et du soutien des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

La satisfaction générale de la prise en charge différait de manière statistiquement significative entre les deux recrutements ; ainsi seulement 22 % des patient·e·s pensaient que leur prise en charge était excellente en 2017 contre 32 % en 2011-2012. Par contre, les résultats quant à la disponibilité de l'équipe de soin et la satisfaction quant à son soutien ne variaient que peu entre les deux recrutements.

Tableau 20 Satisfaction générale et soutien de l'équipe de prise en charge pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p *
Satisfaction générale de la prise en charge	(n=504)		(n=507)		0.00
Excellente		21.8%		32.4%	
Très bonne		37.1%		35.1%	
Bonne		32.9%		26.6%	
Moyenne		7.5%		5.5%	
Mauvaise		0.6%		0.4%	
Disponibilité de l'équipe de soins	(n=502)		(n=507)		0.54
Toujours		66.9%		64.7%	
Souvent		15.1%		18.2%	
Quelquefois		10.2%		8.9%	
Rarement		4.4%		3.8%	
Jamais		3.4%		4.5%	
Satisfaction concernant le soutien de l'équipe de soins	(n=505)		(n=508)		0.51
Excellente		33.9%		36.2%	
Très bonne		37.2%		36.4%	
Bonne		21.6%		21.5%	
Moyenne		6.3%		5.7%	
Mauvaise		1.0%		0.2%	

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

Sentiment d'information sur le diabète

Une large majorité des patient·e·s diabétiques recruté·e·s en 2017 (88 %) rapportaient se sentir plutôt bien ou très bien informé·e·s sur le diabète (Tableau 21).

Comparaison du sentiment d'information des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et en 2011-2012

Les résultats du recrutement initial étaient assez proches de ceux de 2017.

Tableau 21 Sentiment d'information sur le diabète des patient·e·s recruté·e·s en 2017 et comparaison avec 2011-2012

	Recrutement 2017		Recrutement 2011-2012		
	n	%	n	%	valeur de p
A le sentiment d'être...	(n=509)		(n=510)		0.15
... très bien informé·e		49.5%		43.3%	
... plutôt bien informé·e		38.1%		42.6%	
... ni bien, ni mal informé·e		9.6%		12.4%	
... plutôt mal informé·e		2.0%		1.0%	
... très mal informé·e		0.8%		0.8%	

* Des tests de Chi2 ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de p < 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

Compétence en matière de santé (Health literacy)

Lors du recrutement 2017, 62 % des participant·e·s semblaient avoir un haut niveau de compétence en matière de santé (jamais de problèmes de compréhension), 36 % un niveau moyen (occasionnellement ou parfois des problèmes de compréhension) et 2 % un niveau bas (souvent ou toujours des problèmes de compréhension). Les résultats détaillés pour le recrutement 2017 uniquement sont présentés dans le Tableau 22, cette question n'étant pas présente en 2011-2012.

Tableau 22 Compétence en matière de santé (« health literacy », fréquence des problèmes de compréhension) des patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement

	Recrutement 2017	
	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=501)	
Jamais		62.1%
Occasionnellement		21.6%
Parfois		14.0%
Souvent		1.4%
Toujours		1.0%

4.1.8 Activités du Programme cantonal Diabète (PcD), résultats pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement

Une faible proportion de patient·e·s ont participé à l'une des quatre activités mises sur pied par le PcD mentionnées dans le Tableau 23. En effet, la participation au programme DIAfit était la plus importante avec 6.5 %. Pour les trois autres (cours EVIVO, programme DIAfood et filière de soins diabète), le taux de participation ne dépassait pas les 5 %.

Quelques commentaires manuscrits laissés par les répondant·e·s suggèrent par ailleurs 1) une méconnaissance des programmes proposés dans le cadre du PcD et 2) des difficultés logistiques pour se rendre aux cours (distance trop importante, horaires inadéquats, annulation de cours).

Tableau 23 Taux de participation aux activités mises sur pied par le PcD pour les patient·e·s recruté·e·s en 2017 uniquement

	Recrutement 2017	
	n	%
Cours EVIVO « Devenir acteur de sa santé avec une maladie chronique »	(n=470)	2.6%
Programme DIAfit (programme d'activité physique pour les diabétiques de type 2)	(n=479)	6.5%
Programme DIAfood (programme pour les diabétiques centré sur l'alimentation)	(n=465)	3.4%
Filière de soins diabète (p.ex. DiabEst, DiabOuest, Diabaide, filière diabète du Réseau Nord Broye y compris CaP'Diab)	(n=463)	3.0%

4.1.9 Analyses de sous-groupes pour le recrutement 2017

Les analyses exploratoires des critères d'évaluation primaire (indicateurs de processus et de résultats), pour les sous-groupes suivants :

- Traitement avec ou sans insuline (Insuline + et Insuline -)
- Présence ou non de complications du diabète (Complications + et Complications -)
- Durée du diabète inférieure ou égale à 10 ans ou supérieur à 10 ans (Diabète ≤ 10 ans et Diabète > 10 ans)

sont présentées en annexe (section 7.4 p.122). Leurs résultats sont à interpréter avec précaution et ne sont présentés qu'à titre indicatif. En effet, la taille d'échantillon estimée, calculée sur l'ensemble des patient·e·s, ne peut être suffisante pour obtenir la même précision autour des estimateurs des sous-groupes.

Les points importants à retenir de ces analyses sont les suivants :

Comparé à celles des patient·e·s sans traitement d'insuline, sans complication du diabète ou avec une durée de diabète ≤ 10 ans, les analyses des résultats des patient·e·s traité·e·s par insuline, présentant au moins une complication liée au diabète ou ayant une durée de diabète > 10 ans montraient une tendance vers :

- Une plus grande fréquence des contrôles des yeux, des pieds, des urines et de la vaccination grippale
- Davantage de personnes ayant une valeur d'HbA1c < 8%
- De moins bons résultats de qualité de vie ; les résultats des 19 dimensions de l'ADDQoL (qualité de vie spécifique au diabète) étaient nettement moins favorables pour ces patient·e·s, bien qu'un peu moins marqué pour la durée du diabète > 10 ans
- Un score global pour la prise en charge globale du diabète (PACIC) légèrement meilleur

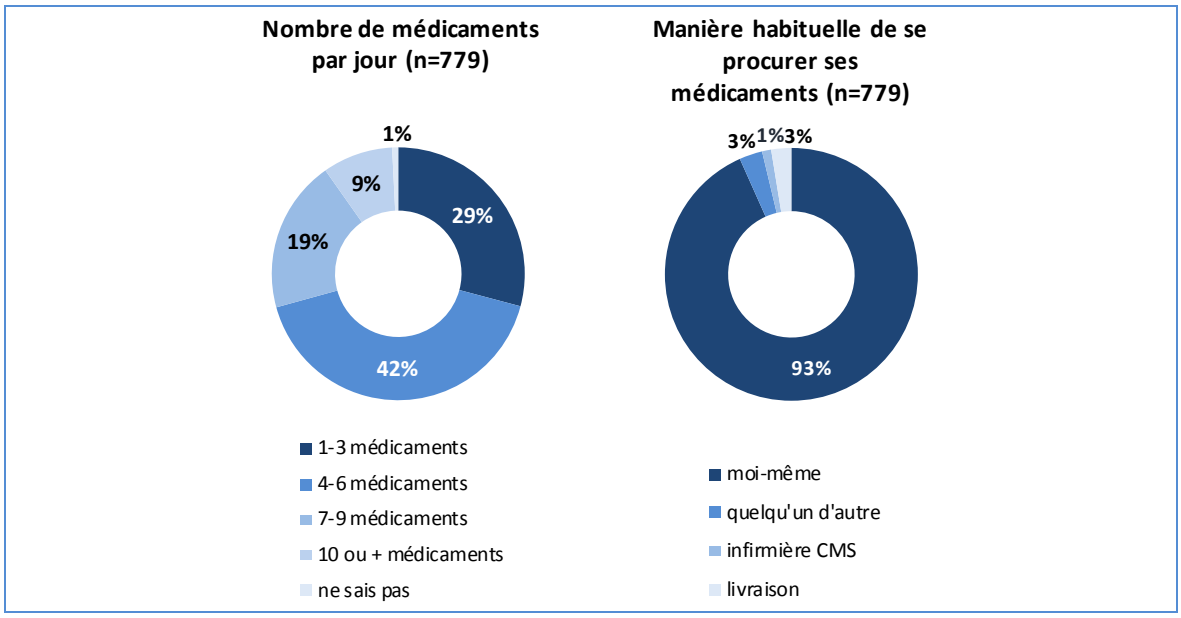
Les résultats de ces analyses de sous-groupes sont sensiblement similaires à ceux obtenus avec les données du recrutement 2011-2012. Nous observons tout de même quelques différences. Ainsi, la fréquence de vaccination grippale était plus basse en 2017 qu'en 2011-2012 pour les personnes traitées par insuline, celles avec au moins une complication du diabète ou vivant avec celui-ci depuis plus de 10 ans. De plus, les patient·e·s avec un diabète de plus de 10 ans obtenaient de meilleurs scores de qualité de vie pour les 19 dimensions de l'ADDQoL en 2017 par rapport à 2011-2012, diminuant la différence entre les deux sous-groupes (≤ 10 ans et > 10 ans).

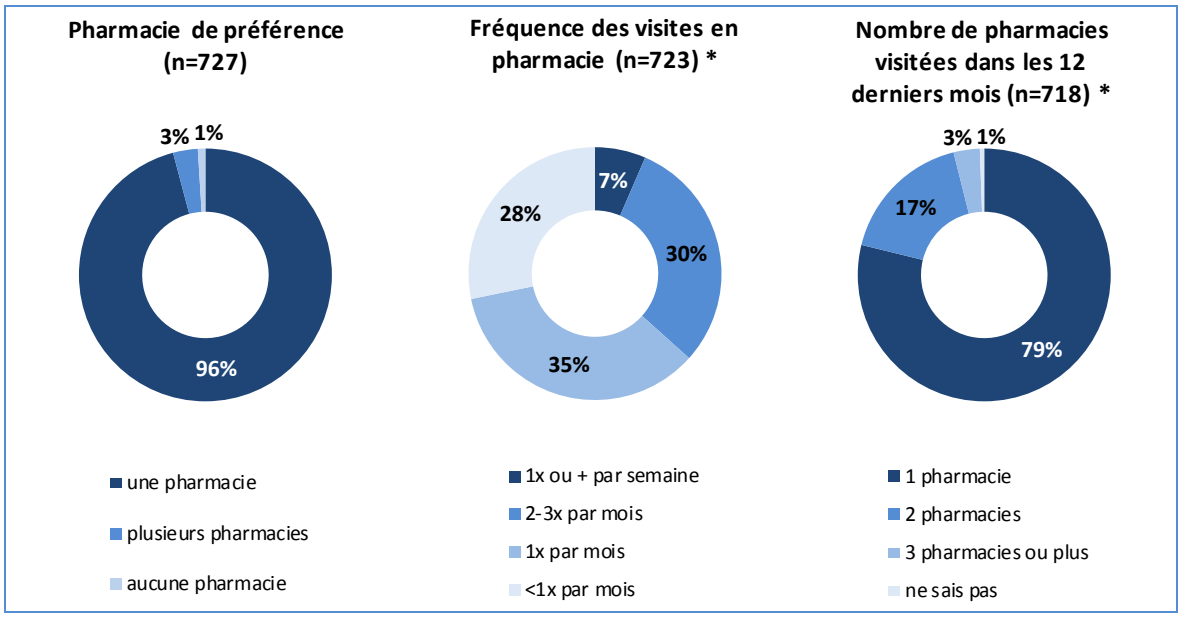
4.2 Résultats du module « Votre prise en charge en pharmacie »

Les résultats de ce module sont présentés conjointement pour les patient·e·s ayant participé au suivi 2017 et au recrutement 2017 (n=790 ; questionnaire disponible en section 7.3 p. 118).

Tandis que la majorité des répondant·e·s (71 %) prenaient entre 1 et 6 médicaments par jour, 9 % en prenaient 10 ou plus (Figure 7). Dans 90 % des cas, les patients se rendaient eux-mêmes à la pharmacie et avaient une pharmacie de préférence ; aussi, plus des trois quarts des participant·e·s se sont rendu·e·s dans une seule pharmacie au cours des 12 derniers mois et moins de 30 % d'entre eux y allaient moins d'une fois par mois.

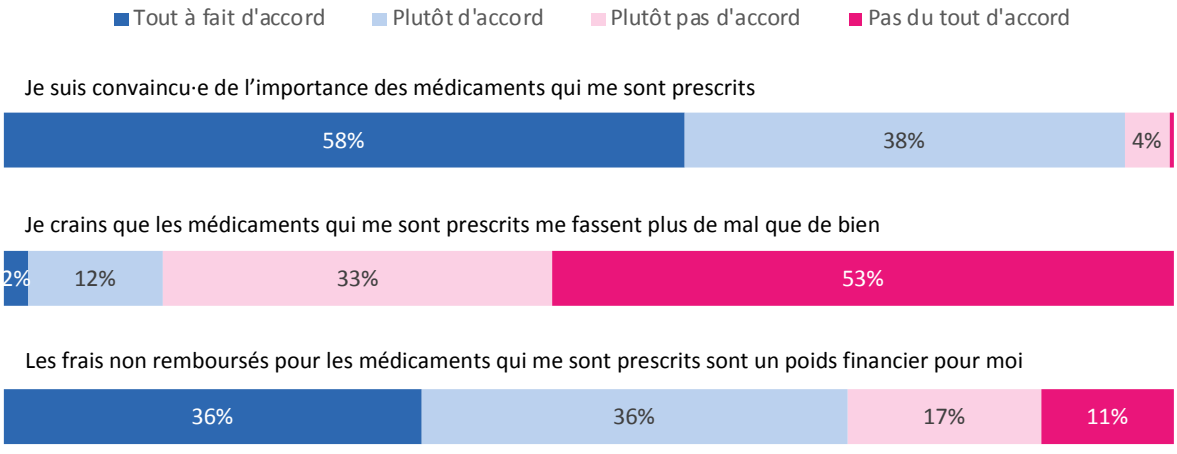
Figure 7 **Médicaments et rapport à la pharmacie**





Les questions relatives au risque de non-observance médicamenteuse montrent qu'environ 5 % des patient·e·s diabétiques n'étaient pas convaincu·e·s de l'importance des médicaments qui leur étaient prescrits et que 14 % craignaient que ceux-ci leur soient plus néfastes que bénéfiques (Figure 8). On notera également que 72% des répondant·e·s considéraient que les frais non remboursés des médicaments prescrits représentaient un poids financier.

Figure 8 Opinion des patient·e·s quant à leur traitement

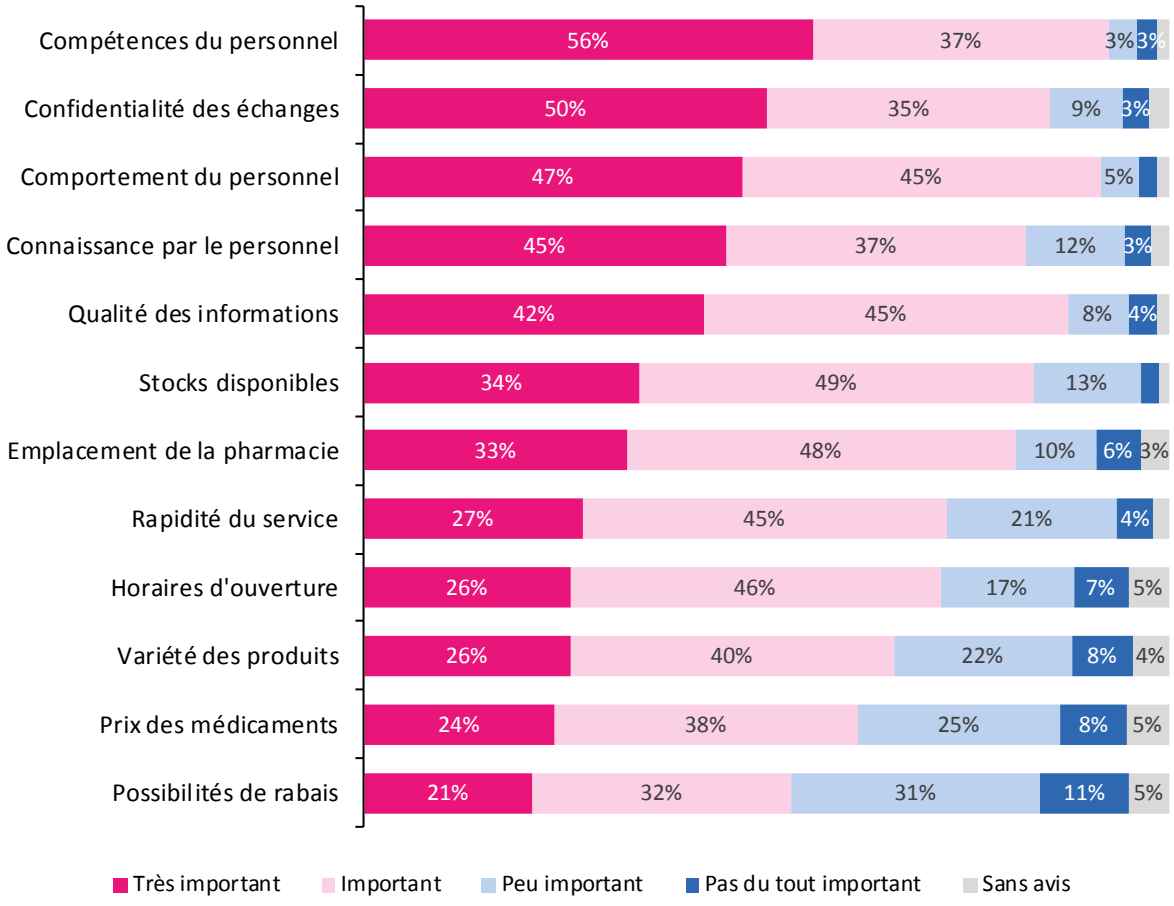


Pour une question de lisibilité, les pourcentages inférieurs à 2% ne sont pas reportés dans le graphique.

Les questions explorant les facteurs influençant le choix d'une pharmacie révèlent que ce qui importe le plus les patient·e·s lorsqu'ils se rendent dans une pharmacie a trait davantage aux aspects humains et relationnels que logistiques ou financiers. En effet, les compétences du personnel (56 %), la confidentialité des échanges (50 %), le comportement du personnel (47 %) et le fait d'être connu par le personnel (45 %) étaient considérés comme très importants (Figure 9).

A l'opposé, les trois facteurs les moins importants relevaient d'aspects financiers et de l'assortiment proposé. En effet, 48 % estimaient les possibilités de rabais comme peu ou pas du tout important dans le choix de la pharmacie, de même que le prix des médicaments (33 %) et la variété des produits proposés (30 %). Bien que ces aspects étaient les moins valorisés par les patient·e·s, ils étaient tout de même un quart à les trouver « très importants ».

Figure 9 **Facteurs influençant le choix de la pharmacie : « Quelle importance accordez-vous aux aspects ci-dessous lorsque vous allez dans une pharmacie ? »**

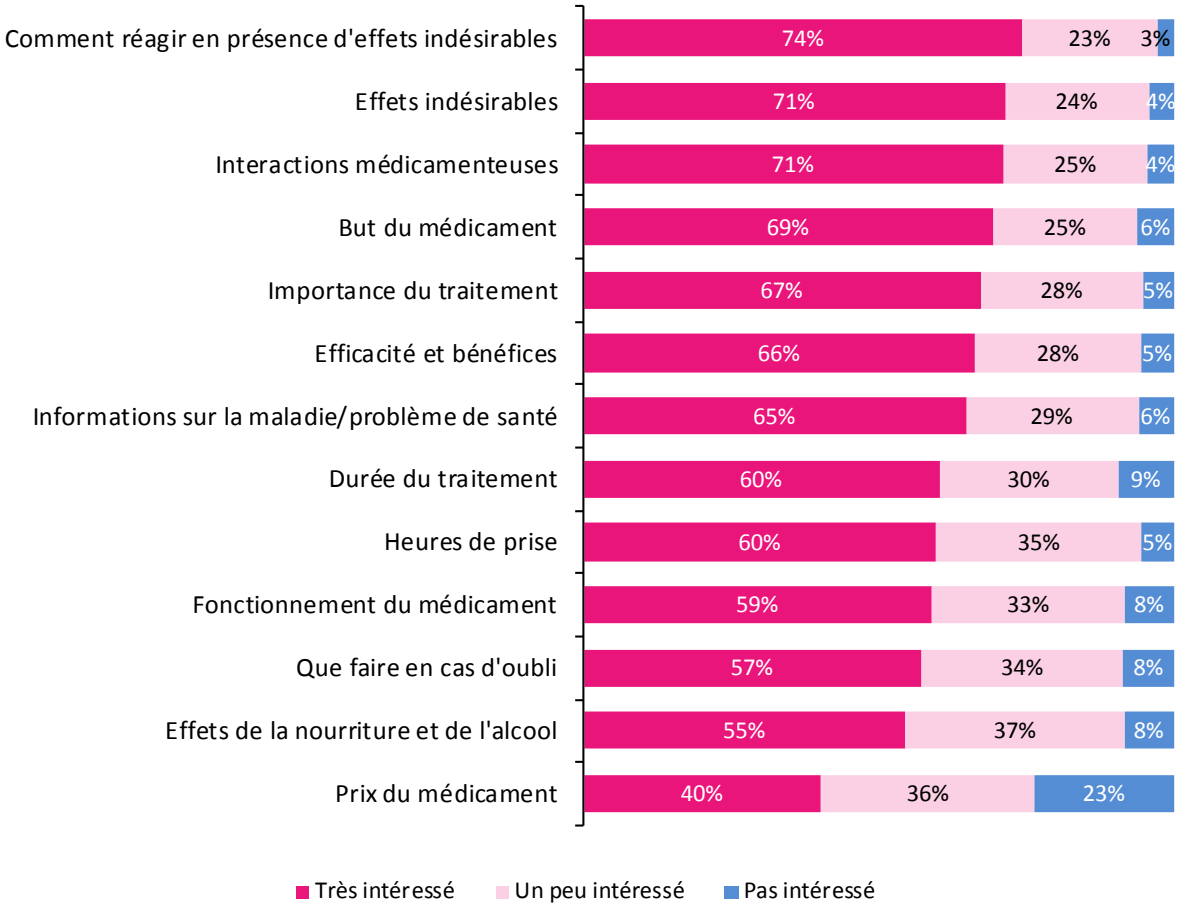


Les items sont présentés par ordre décroissant des pourcentages de réponses « Très important ».

Pour une question de lisibilité, les pourcentages inférieurs à 3% ne sont pas reportés dans le graphique.

Les questions évaluant le type d'informations souhaitées lors de l'introduction d'un nouveau traitement montre que les informations liées aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et au but du médicament suscitaient le plus d'intérêt (Figure 10). A l'inverse, le prix du médicament, ses interactions avec l'alcool ou l'alimentation, l'attitude à adopter en cas d'oubli d'une prise ou le fonctionnement du médicament, l'étaient moins.

Figure 10 **Informations souhaitées lors de l'introduction d'un nouveau médicament : « Quelles informations souhaiteriez-vous recevoir de la part du·de la pharmacien·ne ou du·de la médecin lorsque vous commencez à prendre un nouveau médicament ? »**



Les items sont présentés par ordre décroissant des pourcentages de réponses « Beaucoup intéressé ».

Pour une question de lisibilité, les pourcentages inférieurs à 3% ne sont pas reportés dans le graphique.

Les questions relatives aux aides pouvant être proposées pour accompagner la prise de médicaments mettent en évidence une préférence pour la consultation spécialisée chez le médecin (un peu ou beaucoup intéressé·e, 85 %), l'utilisation d'un pilulier ou semainier (56 %), l'entretien individuel avec le·la pharmacien·ne (64 %) et le plan de traitement personnalisé (53 %). Ces quatre

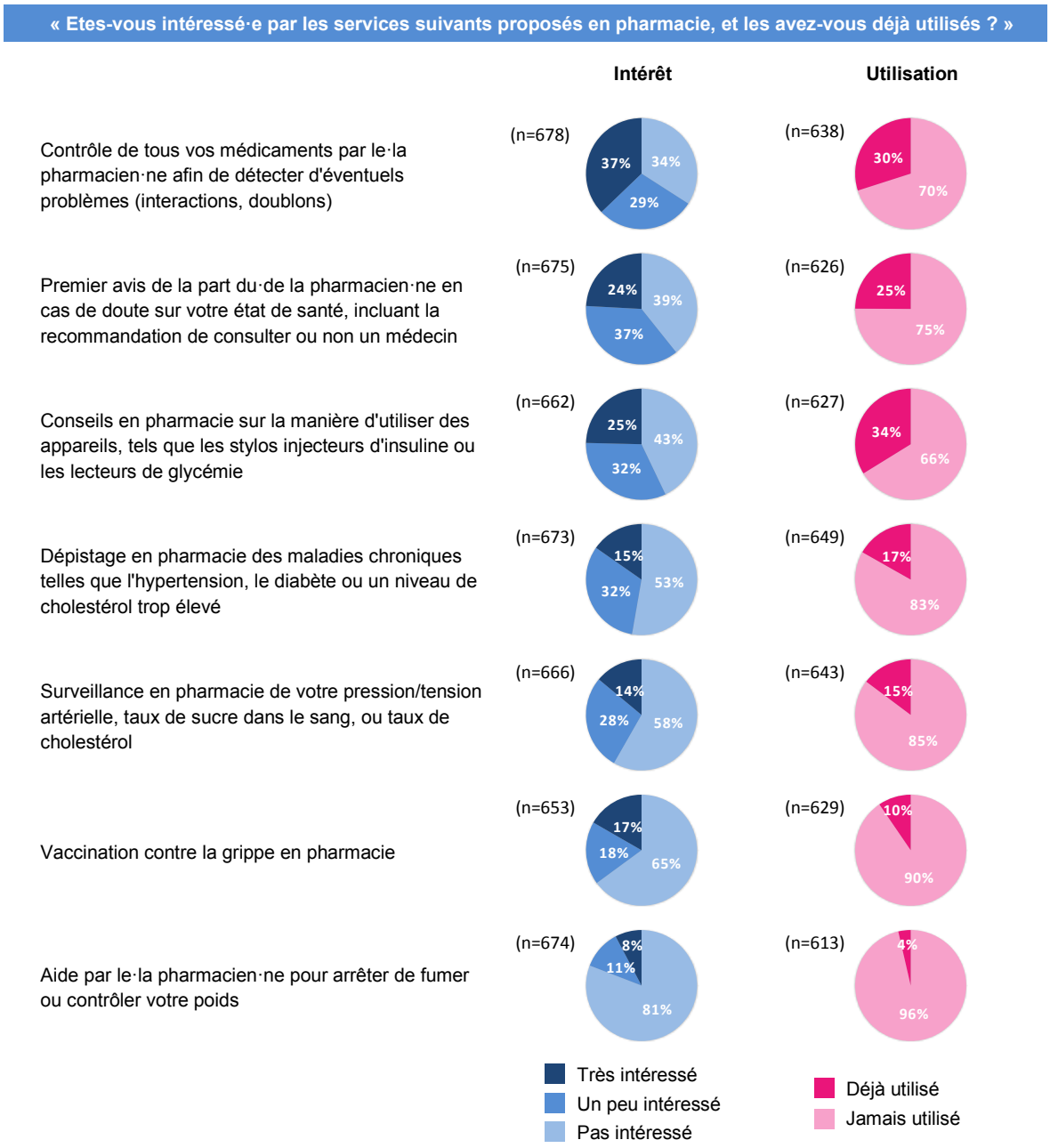
aides étaient aussi celles reportées comme les plus utilisées par 59 %, 49 %, 35 % et 35 % des répondant·e·s, respectivement. Les moyens plus technologiques n'intéressaient que peu les patient·e·s et un proportion infime les avaient déjà utilisées (Figure 11).

Figure 11 Aide pour soutenir la prise de médicaments

Les services pouvant être proposés en pharmacie suscitant le plus d'intérêt étaient une révision de tous les médicaments par le·la pharmacien·ne (un peu ou beaucoup intéressé·e 66 %, Figure 12), un premier avis en cas de problème de santé (61 %) ainsi que des conseils sur la manière d'utiliser des appareils pour l'aide à la prise en charge du diabète (57 %). Ces services étaient également ceux dont l'utilisation avait été davantage rapportée (30 %, 25 % et 34 %, respectivement).

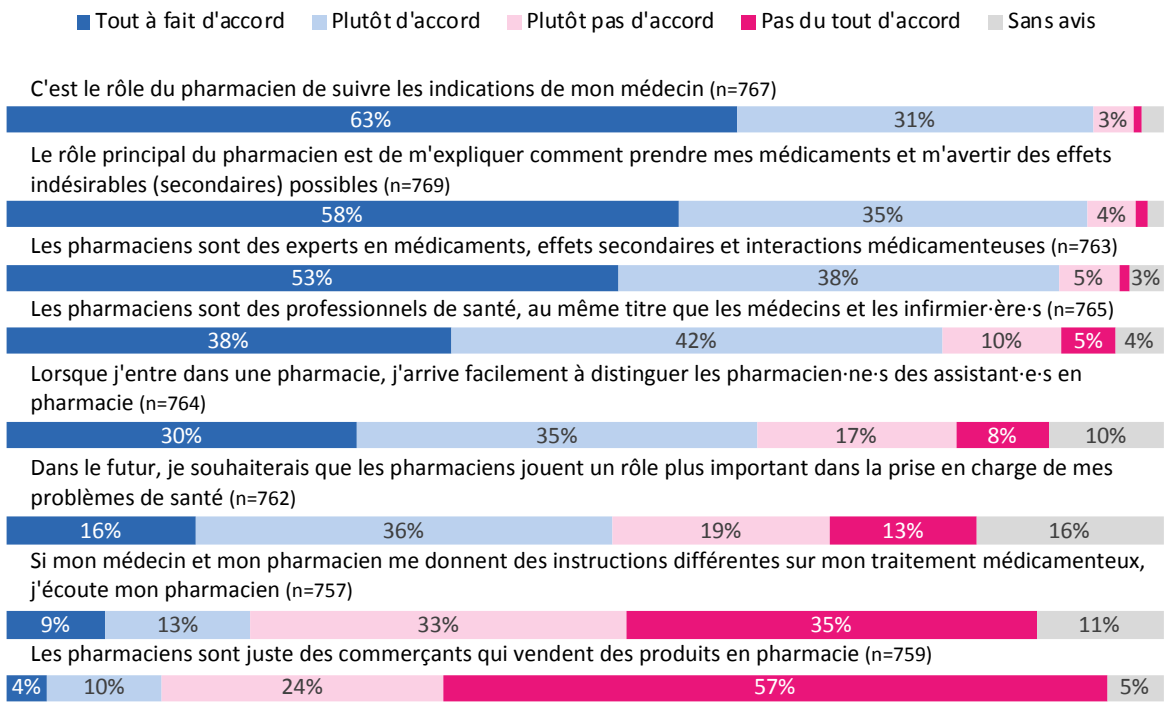
Les services qui intéressaient le moins de monde étaient la vaccination grippale en pharmacie (35 %) et l'aide pour arrêter de fumer ou perdre du poids (19 %).

Figure 12 Services proposés en pharmacie



Quant aux avis des patient·e·s diabétiques sur le rôle que devraient jouer les pharmacien·ne·s dans leur prise en charge, 94 % des répondant·e·s pensaient que les pharmacien·ne·s devaient suivre les indications de leur médecin. Par contre, 91 % considéraient les pharmacien·ne·s comme des expert·e·s en médicaments, 80 % les considéraient comme des professionnel·le·s de santé et seulement 14 % avaient un degré d'accord positif quant au fait que les pharmacien·ne·s étaient uniquement des commerçant·e·s (Figure 13).

Figure 13 Avis sur le rôle des pharmacien·ne·s



Les items sont présentés par ordre décroissant des pourcentages de réponses « Tout à fait d'accord ».

Pour une question de lisibilité, les pourcentages inférieurs à 3% ne sont pas reportés dans le graphique.

4.3 Résultats du suivi annuel 2017

Les résultats du suivi 2017 sont présentés conjointement avec ceux de toutes les autres années dans l'annexe 7.5 (p. 131). Seuls quelques points intéressants seront présentés ci-après.

Comparaison des résultats du suivi 2017 et du recrutement 2011-2012

Globalement, les résultats du suivi 2017 ne variaient que peu par rapport à ceux des vagues précédentes de l'enquête CoDiab-VD. En comparaison du recrutement initial de 2011-2012, les participant·e·s au suivi 2017 avaient une moyenne d'âge plus élevée (64.5 vs 68.2 ans) et

reportaient plus fréquemment être à la retraite (57 % vs 71 %), en adéquation avec l'évolution de la cohorte. De plus, un pourcentage plus important de personnes rapportaient être au bénéfice d'un modèle alternatif d'assurance maladie (35 % au suivi 2017 vs 13 % en 2011-2012 ; Tableau 34, en annexe p. 131).

Pour ce qui était des habitudes de vie, nous remarquons un pourcentage moins élevé de patient·e·s diabétiques ayant une consommation d'alcool à risque (41 % vs 48 %) ou étant considérés comme obèses (IMC ≥30 ; 39 % vs 47 %) au suivi 2017 qu'au recrutement initial. Par contre, les fréquences de tabagisme actif et d'inactivité physique ne variaient que légèrement (Tableau 35, en annexe p. 134).

Par ailleurs, la proportion de participant·e·s ayant rapporté avoir eu un contrôle des yeux au cours des 12 derniers mois (69 % vs 58 %) ainsi qu'un contrôle des urines (75 % vs 63 %) s'améliorait au suivi 2017 par rapport au recrutement 2011-2012. Les résultats des autres contrôles restaient stables (Tableau 37, en annexe p. 139).

Surveiller sa glycémique à domicile était rapporté plus fréquemment au suivi 2017 qu'au recrutement 2011-2012 (87 % vs 82 %). De plus, une différence est observée pour la proposition par le médecin de surveiller la glycémie à domicile pour ceux ne le faisant pas déjà (39 % en 2017 vs 26 % en 2011-2012). La connaissance du passeport diabète était également plus élevée lors du suivi 2017 (29 % vs 18 % ; Tableau 39, en annexe p. 146).

Si nous observons une proportion un peu plus grande de personnes rapportant avoir été au moins une fois chez un·e podologue au cours des 12 derniers mois au suivi 2017 qu'au recrutement 2011-2012 (49 % vs 38 %), moins de participant·e·s avaient été au moins une fois chez un·e diéteticien·ne (18 % vs 25 %). En outre, ils reportaient davantage avoir consulté en urgence au suivi 2017 qu'au recrutement 2011-2012 (36 % vs 29 % ; Tableau 40, en annexe p. 148).

Lors du suivi 2017, un pourcentage élevé de participant·e·s ont rapporté connaitre l'HbA1c (86 %), alors qu'ils n'étaient que 58 % à le mentionner au recrutement 2011-2012. De plus, ils étaient moins à reporter une valeur d'HbA1c supérieure à 8 % (9 % en 2017 vs 19 % en 2011-2012 ; tableau 41 p. 146). Nous observons également que les 19 dimensions de l'ADDQoL (qualité de vie spécifique au diabète) étaient meilleures au suivi qu'au recrutement initial (Figure 31 p.152). A l'inverse, les résultats du PACIC (reflétant la prise en charge globale du diabète) étaient légèrement plus bas au suivi qu'au recrutement initial et ce pour la plupart des 20 items (Tableau 42, en annexe p. 153).

Sur le plan de l'auto-efficacité, une fréquence plus élevée de patient·e·s trouvaient facile à très facile de gérer leur diabète au quotidien au suivi 2017 qu'au recrutement, que ce soit en regard de la gestion générale (51 % vs 45 %), de l'activité physique (44 % vs 40 %), du traitement médicamenteux (62 % vs 59 %) ou de l'alimentation (42 % vs 36 % ; Tableau 45, en annexe p.157).

5

Discussion et conclusions

5 Discussion et conclusions

Le but principal de l'enquête 2017 était de comparer les résultats des années 2011-2012 et 2017, soit ceux obtenus avant la mise en œuvre du Programme cantonal Diabète et six ans après son initiation, respectivement. Le recrutement de nouveaux patient·e·s diabétiques durant l'automne 2017 a non seulement permis cette comparaison, mais aussi d'augmenter le nombre de participant·e·s à la cohorte CoDiab-VD : 514 patient·e·s diabétiques ont pu être nouvellement recruté·e·s dans CoDiab-VD grâce à l'implication de 111 des 252 pharmacies vaudoises. Avec les 276 patient·e·s diabétiques du suivi annuel 2017, un nombre total de répondants de 790 a été obtenu en 2017. Tandis que les résultats des 514 nouveaux participant·e·s à CoDiab-VD ont été comparés à ceux des 519 recrutés en 2011-2012, ceux de la totalité des 790 participant·e·s 2017 ont été considérés conjointement pour le module spécifique « Votre prise en charge en pharmacie ».

Résumé et discussion des principaux résultats

Les analyses comparatives entre 2011-2012 et 2017 des indicateurs de prise en charge du diabète ont pu mettre en évidence quelques évolutions positives, bien que la plupart des résultats soient restés stables, six ans après l'initiation du PcD. Parmi les critères de jugement primaire, notons qu'aucune différence notable n'a été observée pour la qualité de vie et le niveau moyen d'HbA1c, bien que la proportion de patient·e·s diabétiques présentant une valeur d'HbA1c < 7 % était plus grande en 2017 qu'en 2011-2012. Il en est de même pour la mesure globale de prise en charge des patient·e·s diabétiques, basée sur le Chronic Care Model, qui ne s'est pas améliorée entre le premier et le second recrutement. Quant aux indicateurs de processus observés, aucun changement statistiquement significatif n'a pu être mis en évidence non plus. En effet, tandis que les processus de soins effectués chez tout·e patient·e ambulatoire, diabétique ou non (i.e. contrôles de la tension et du poids ; prise de sang pour mesures d'HbA1c et des lipides) restaient satisfaisants, les contrôles des pieds, contrôles de la microalbuminurie ainsi que la vaccination grippale restaient suboptimaux en 2017, avec même une tendance à la baisse pour la vaccination grippale. Seule la mesure du contrôle annuel des yeux dépassait discrètement la valeur seuil établie par la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) en 2017, alors qu'elle se trouvait juste en-dessous en 2011-2012.

Parmi les autres mesures considérées dans le questionnaire, notons les changements statistiquement significatifs suivants : une plus grande proportion des participant·e·s reportaient connaitre ce qu'est l'HbA1c et davantage estimaient que gérer leur diabète au quotidien en général et en rapport à l'activité physique leur était facile, reflétant un meilleur sentiment d'efficacité personnelle en 2017 par rapport à 2011-2012. A l'inverse, les recommandations relatives à l'alimentation et à l'activité physique, de même que celles relatives à la cessation tabagique chez les fumeur·euse·s, semblaient être transmises moins fréquemment en 2017 par rapport à 2011-2012, et la satisfaction générale concernant la prise en charge du diabète était moins bonne. Notons également que les participant·e·s de 2017 étaient plus nombreux à recourir aux visites à domicile

de professionnel·le·s de santé du CMS que ceux du recrutement initial. Les autres indicateurs mesurés lors des deux enquêtes sont quant à eux restés stables au cours du temps.

Cette enquête a aussi permis d'explorer les habitudes, besoins et priorités des patient·e·s lors de leurs visites en pharmacie. Les résultats de ce module ont montré que la quasi-totalité des patient·e·s (96 %) affirmaient avoir une pharmacie de préférence, et que quatre cinquième disaient s'être toujours rendu·e·s dans la même pharmacie au cours de l'année écoulée. Les aides à la prise de médicaments ayant suscité le plus d'intérêt étaient : une consultation spécifique chez le·la médecin (85 %), un contrôle de tous les médicaments par le·la pharmacien·ne afin de détecter d'éventuelles erreurs de prescription (66 %), et un entretien individuel avec le·la pharmacien·ne (64 %). On notera également qu'une majorité de patient·e·s souhaiteraient qu'à l'avenir les pharmacien·ne·s jouent un rôle plus important dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Finalement, nous pouvons aussi relever qu'en moyenne 4 % des répondant·e·s (suivi et recrutement 2017) ont participé aux activités du PcD investiguées dans le questionnaire, à savoir le cours EVIVO « Devenir acteur de sa santé avec une maladie chronique », le programme DIAfit (programme d'activité physique pour les diabétiques de type 2), le programme DIAfood (programme pour les diabétiques centré sur l'alimentation), et la filière de soins diabète (p.ex. DiabEst, DiabOuest, Diabaide, filière diabète du Réseau Nord Broye y compris CaP'Diab).

Les résultats comparatifs des recrutements 2011-2012 et 2017, en regard des critères de bonne prise en charge édictés par la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED), montrent que les indicateurs satisfaisants (☺) en 2011-2012 l'étaient également en 2017, que deux indicateurs insatisfaisants (☹) lors du recrutement initial étaient devenus satisfaisants en 2017 (proportion de patient·e·s diabétiques avec une tension artérielle ≥ 140/90 mmHg ; contrôle ophtalmique annuel) et qu'à nouveau, les seuils de bonne qualité de prise en charge du diabète n'étaient pas atteints, de peu pour la proportion de personnes ayant une tension artérielle < 130/80, et de manière plus considérable pour le contrôle de la néphropathie et le contrôle des pieds ainsi que pour les conseils diététiques et d'activité physique (Tableau 24).

Tableau 24 Application des critères suisses de la SSED aux données de CoDiab-VD du recrutement 2017 et du recrutement 2011-2012

Critères de bonne prise en charge du diabète SSED			Recrutement 2017 (n=514)		Recrutement 2011-2012 (n=519)	
Contrôles/Visites chez le médecin	Minimum 3/année	≥80% des patient·e·s	-		-	
Conseils hygiène de vie *	Conseils diététiques et d'activité physique *	≥80% des patient·e·s	36%	☹	42%	☹
	Non-fumeurs ou conseils cessation tabac chez fumeurs	≥80% des patient·e·s	90%	☺	95%	☺
HbA1C, min 2x/an **	Moyenne des valeurs annuelles (dernière valeur) †					
	> 9 %	≤15% des patient·e·s	4%	☺	6%	☺
	< 8 %	≥60% des patient·e·s	81%	☺	73%	☺
Tension artérielle min 2x/an ††	≥ 140/90 mmHg	≤35% des patient·e·s	34%	☺	37%	☹
	< 130/80 mmHg	≥25% des patient·e·s	23%	☹	21%	☹
Contrôle ophtalmique annuel	(chez ophtalmologue)	≥60% des patient·e·s	62%	☺	58%	☹
Cholestérol-LDL §	≥ 3.38 mmol/l	≤37% des patient·e·s	-		15%	☺
	< 2.6 mmol/l	≥36% des patient·e·s	-		50%	☺
Contrôle annuel néphropathie	(créatinine et microalbuminurie)	≥80% des patient·e·s	67%	☹	63%	☹
Contrôle annuel des pieds §§	(pouls, monofilament)	≥80% des patient·e·s	60%	☹	68%	☹

- Données non disponibles.

* En 2017, les questions de conseils diététiques et d'activité physique étaient restreintes au 12 derniers mois et mentionnaient donnés par un·e professionnel·le de santé et non lors d'une consultation médicale comme au recrutement.

** Les effectifs pour les valeurs d'HbA1C sont de 273 en 2017 de 177 au recrutement (données reportées par le·la patient·e), pour ceux·elles reportant connaitre l'HbA1C.

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

†† L'effectif pour les valeurs de tension artérielle est de 276 en 2017 et de 236 au recrutement (données reportées par le·la patient·e).

§ L'effectif pour les valeurs de cholestérol-LDL est de 242 au recrutement (valeurs reportées par le·la médecin).

§§ Contrôle des pieds par un·e professionnel·le de santé en 2017 et par un·e médecin ou un·e infirmier·ère en 2011-2012.

SSED : Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie ; HbA1C : hémoglobine glyquées.

Globalement, les résultats du nouveau recrutement de 2017 étaient très proches de ceux du recrutement initial de 2011-2012, que ce soit pour les critères d'évaluation primaire et secondaire que pour les autres données récoltées dans le cadre de l'étude. On remarquera que les seules améliorations différant de manière statistiquement significatives ont été observées pour des indicateurs de résultats dits « à court terme » : le sentiment d'efficacité personnelle et la connaissance de ce qu'est l'HbA1c. Une hypothèse explicative pourrait être que les connaissances liées à la maladie ainsi que la confiance qu'ont les patient·e·s à gérer leur maladie sont des aspects

ciblés directement par les campagnes d'information ou les programmes d'autogestion du diabète. A l'inverse, les indicateurs de résultats tels que le niveau d'HbA1c ou la qualité de vie sont des résultats « à long terme », plus difficile à améliorer et pour lesquels les interventions mises en œuvre sur le terrain ne peuvent avoir un impact qu'indirect. L'amélioration observée au niveau des indicateurs « à court terme » est toutefois déjà très encourageante dans la mesure où c'est un premier pas vers des changements plus déterminants au niveau de l'état de santé des patient·e·s.

La relative stagnation des résultats entre 2011-2012 et 2017 mise en évidence par la présente étude ne doit pas laisser penser que les activités du PcD n'ont eu aucun effet sur les patient·e·s et leur prise en charge. Plusieurs choses peuvent expliquer ces résultats. On peut d'abord supposer que les actions mises en œuvre à l'échelle cantonale par le PcD ou d'autres acteurs de la santé n'ont pas touché un nombre suffisant de patient·e·s diabétiques pour avoir un impact significatif à l'échelle populationnelle, ou qu'il est encore trop top pour en observer les retombées. Par ailleurs, on ne peut exclure que cette absence de résultats soit le signe non pas d'une absence réelle de changement dans l'état de santé et la prise en charge des patient·e·s, mais d'une difficulté à mesurer ce changement. En effet, nonobstant le nombre important d'indicateurs collectés dans le cadre de cette étude, il faut rappeler que ces indicateurs sont basés exclusivement sur des données recueillies auprès des patient·e·s par le biais de questionnaires auto-administrés. Des données collectées différemment, auprès des professionnel·le·s de santé par exemple, ou par les dossiers médicaux informatisés, auraient peut-être mis en évidence des résultats différents. De plus, cette étude a ciblé les personnes diabétiques en générale ; des données recueillies auprès de certains sous-groupes, tels que les patient·e·s plus à risque de développer de graves complications auraient peut-être donné des résultats différents. Il est en outre important de rappeler que les résultats 2017 ne sont pas uniquement le fruit des mesures mises en place dans le but d'*améliorer* la prise en charge et l'état de santé des patient·e·s. Ils sont en effet déterminés par une multitude d'autres facteurs externes aux actions du PcD, et non-mesurés dans le cadre de cette étude, tels que des phénomènes plus globaux d'ordre social ou politique par exemple.

Forces et limites de l'enquête

Les deux principales forces de cette enquête sont 1) la comparaison avant-après la mise en œuvre du PcD rendue possible grâce à l'obtention, après un processus de recrutement similaire à 2011-2012, d'un nouvel échantillon de patient·e·s diabétiques présentant des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes de vie, un état de santé et des caractéristiques auto-rapportées du diabète semblables à celles de 2011-2012 ; 2) le grand nombre d'indicateurs de qualité récoltés permettant de décrire de façon globale la prise en charge des patient·e·s diabétiques.

Malgré ces forces, quelques limites sont à considérer lors de l'interprétation des résultats. Premièrement, le fait que la représentativité de l'échantillon de patient·e·s recruté·e·s par rapport à la population de patient·e·s diabétiques du canton de Vaud ne peut être totalement assurée, bien que les populations incluses dans les analyses, en 2011-2012 et 2017, soient comparables et qu'en 2011-2012 les participants de CoDiab-VD présentaient quelques caractéristiques similaires à celles des participants de CoLaus. La généralisation des résultats à l'ensemble des patient·e·s diabétiques vaudois·es doit donc se faire avec prudence. Deuxièmement, le fait que la formulation de quelques

questions ait été adaptée au cours du temps et rend ainsi l'interprétation des comparaisons compliquée. Ceci concerne par exemple la question sur la vaccination grippale pour laquelle des modalités de réponses ont été ajoutées, ou celles concernant les recommandations d'activité physique ou d'alimentation. Dans ces trois cas, les réponses étaient moins favorables en 2017 qu'en 2011-2012. L'effet du changement des modalités de réponse n'est pas quantifiable mais possible, même si l'entièreté de cette diminution ne peut raisonnablement lui être attribué. Troisièmement, le fait que les seuils de fréquences des contrôles choisis pour les indicateurs de processus (sur une période de 12 mois) pourraient être discutés ; ces seuils sont toutefois utilisés dans la majorité des études populationnelles et cliniques. Quatrièmement, on peut questionner la validité des données auto-rapportées par les patient·e·s lorsqu'il s'agit d'évaluer des phénomènes considérés comme objectifs, l'impact avéré d'un certain nombre de biais cognitifs lors du remplissage d'un questionnaire ne nous permettant pas d'exclure l'existence d'une sur- ou sous-représentation de certains phénomènes ; sans l'accès à d'autres données, l'utilisation de ce type de données est toutefois appropriée. Cinquièmement, le fait qu'il n'y ait pas de population de comparaison (groupe contrôle) qui permettrait une meilleure évaluation de l'efficacité du PcD. En effet, autant pour des raisons logistiques que méthodologiques, il aurait été difficile de trouver un groupe contrôle comparable à la population échantillonnée (canton de Vaud), sachant que chaque canton a des spécificités propres au niveau de son système de santé notamment. Finalement, le fait que la multiplicité des tests statistiques effectués pourrait donner par le seul fait de la chance un ou des résultat·s statistiquement significatif·s alors qu'aucune différence ne devrait être observée en réalité. L'entièreté des résultats, leur signification clinique ainsi que leur cohérence doivent donc être considérés pour l'évaluation de l'effet du Programme cantonal Diabète sur la prise en charge des participant·e·s des enquêtes 2011-2012 et 2017.

Conclusions

La cohorte CoDiab-VD a été mise en place dans le but de suivre l'évolution des indicateurs de prise en charge des patient·e·s diabétiques vaudois·es au cours du temps. Contrairement à notre hypothèse d'observer une amélioration des indicateurs suite à la mise en place des projets menés dans le cadre du PcD, nous avons observé une stabilité des résultats. Même si ceux-ci ne sont globalement pas aussi positifs que ce qui aurait pu être espéré six ans après la première enquête, cette étude a le mérite de dresser un panorama suffisamment complet de l'état de santé et de la prise en charge de la population diabétique vaudoise en général. Ces résultats pourront servir de base à la mise en œuvre de futures actions à l'échelle des individus ou du système de santé en vue de limiter in fine l'impact du diabète sur la population.

6

Références

6 Références

1 Hagon-Traub I, Hirsiger P, Bovet P, Ruiz J, Peytremann-Bridevaux I, Noth C, et al. Programme cantonal Diabète, présentation du programme. Lausanne: Service de la Santé Publique du canton de Vaud, 2010 Available from: https://www.diabetevaud.ch/wp-content/uploads/2017/12/PcD-rapport-technique-2010.pdf

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). Available from: http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds211_fr.pdf

3 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

4 Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical care. 1996 Mar;34(3):220-33. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8628042

5 Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 1999;8(1-2):79-91. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10457741 http://search.proquest.com/docview/69978304?accountid=12006

6 Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. Diabetes Care. 2005 Nov;28(11):2655-61. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249535 http://care.diabetesjournals.org/content/28/11/2655.full.pdf

7 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

8 Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Archives of internal medicine. 1998 Sep 14;158(16):1789-95. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9738608 http://archinte.jamanetwork.com/data/Journals/InteMed/5227/ioi70602.pdf

9 Swiss Health Survey. [cited 2018 November]; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.html#1002476496.

10 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. 1994 Dec 14;272(22):1749-56. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7966923 http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/9284/jama_272_22_029.pdf

11 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 http://link.springer.com/content/pdf/10.1046%2Fj.1525-1497.1997.00076.x.pdf

12 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 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3974836/pdf/pone.0094006.pdf

13 Vaucher P, Bischoff T, Diserens EA, Herzig L, Meystre-Agustoni 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 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3274718/pdf/bmjopen-2011-000692.pdf

7

Annexes

7 Annexes

7.1 Méthode

7.1.1 Taille d'échantillon

Tableau 25 Critères d'évaluation primaire : Intervalles de confiance à 95%, estimés pour un échantillon de 500 patient·e·s

Critères d'évaluation primaire	Moyenne *	DS *	n=500 [IC 95%] †
HbA1c	7.3%	1.1%	[7.2-7.4]
SF-12 (PCS)	43.4	10.5	[42.5-44.3]
SF-12 (MCS)	47.0	11.2	[46.0-48.0]
PACIC (score global)	2.76	0.95	[2.68-2.84]
Mesures de processus	30%	-	[26.0%-34.2%]
	40%	-	[35.7%-44.4%]
	50%	-	[45.5%-54.5%]
	60%	-	[55.6%-64.3%]
	70%	-	[65.8%-74.0%]
	80%	-	[76.2%-83.4%]

* Les moyennes et DS (déviation standard) présentées dans le tableau proviennent du recrutement 2011-2012.

† La corrélation intra-pharmacie étant quasi nulle, elle n'a pas été prise en compte dans l'estimation.

Tableau 26 Tailles d'échantillon nécessaires pour détecter un changement donné de résultats primaires, avec une puissance de 80% (alpha 0.05)

Résultats primaires	Changements attendus des résultats primaires (amélioration)	DS*	Taille d'échantillon§
Variables continues			
1) HbA1c (moyenne)	7.5%* à 7%	1.17%	
Corrélation entre 2 mesures (échantillons dépendants)			
0.2			111 - 185†
0.3			105 - 162†
0.4			97 - 139†
0.7			42 - 47†
2) PACIC	2.7* à 3	0.93	
Corrélation entre 2 mesures (échantillons dépendants)			
0.2			194 - 324†
0.3			184 - 283†
0.4			170 - 243†
0.7			103 - 122†
Variables dichotomiques			
3) Mesures de processus	55% à 65%	-	396
	65% à 75%	-	349
	70% à 80%	-	313
	80% à 90%	-	219
	90% à 95%	-	474

* Les moyennes et déviations standards (DS) présentées dans le tableau proviennent des données de l'enquête initiale de 2011.

† Selon la méthode d'analyse qui sera utilisée (analyse du changement ou ANCOVA), les tailles d'échantillon peuvent varier entre les 2 bornes données.

§ La corrélation intra-pharmacie étant quasi nulle, elle n'a pas été prise en compte dans le calcul de taille d'échantillon.

7.1.2 Communication au sujet du recrutement 2017

Tableau 27 Etapes de communication du recrutement 2017

Etapes	Description	Date
Courriel annonçant l'enquête envoyé par les chaînes de pharmacie (Amavita/Sunstore, BENU, Coop Vitality) à leurs pharmacies vaudoises	Encouragement à participer au recrutement par les chaînes de pharmacie respectives	Mai
Article dans les « Brèves » de la Société Vaudoise de Pharmacie (SVPh)	Annonce du nouveau recrutement aux membres de la SVPh et incitation à y participer	Mai
Article dans le Courrier du médecin vaudois	Annonce de l'enquête aux médecins de la Société Vaudoise de Médecine, précisant qu'ils ne seraient pas sollicités personnellement	Août
Courrier postal et courriel * aux pharmacies	Courrier de demande de participation à toutes les pharmacies du canton de Vaud	7 juin
	Courriel de rappel de demande de participation	13 et 26 juin
	Courrier de confirmation de participation et invitation à la séance d'information	Juillet – août
	Courriel de rappel de la séance	15 août
	Courriel d'encouragement de la part du pharmacien chef de la PMU	22 septembre
	Courriel de demande de prolongation du recrutement (15 octobre au lieu de 30 septembre)	28 septembre
	Courriel annonçant la fin du recrutement	16 octobre
	Courriel de rappel pour le renvoi de la feuille d'inclusion	31 octobre
	Courriel annonçant l'envoi prochain de la rémunération	19 décembre
Séance d'information aux pharmacies participantes	Réunion durant laquelle les pharmacies participantes ont reçu les informations liées au projet et le matériel de recrutement	22 août
	Distribution des dossiers et informations pour les pharmacies absentes lors de la réunion	23 au 31 août
Recrutement des patient·e·s	Phase de recrutement en pharmacie	1er septembre au 15 octobre
Suivi des pharmacies	Contacts téléphoniques d'encouragement	Septembre – octobre
	Appel pour demander la prolongation du recrutement (15 octobre au lieu de 30 septembre)	28 septembre
Inclusion des questionnaires		Septembre – décembre

* En 2017, en plus des courriers postaux, certains contacts ont également été faits par courriel.

7.1.3 Participation

Figure 14 Participation à la cohorte CoDiab-VD

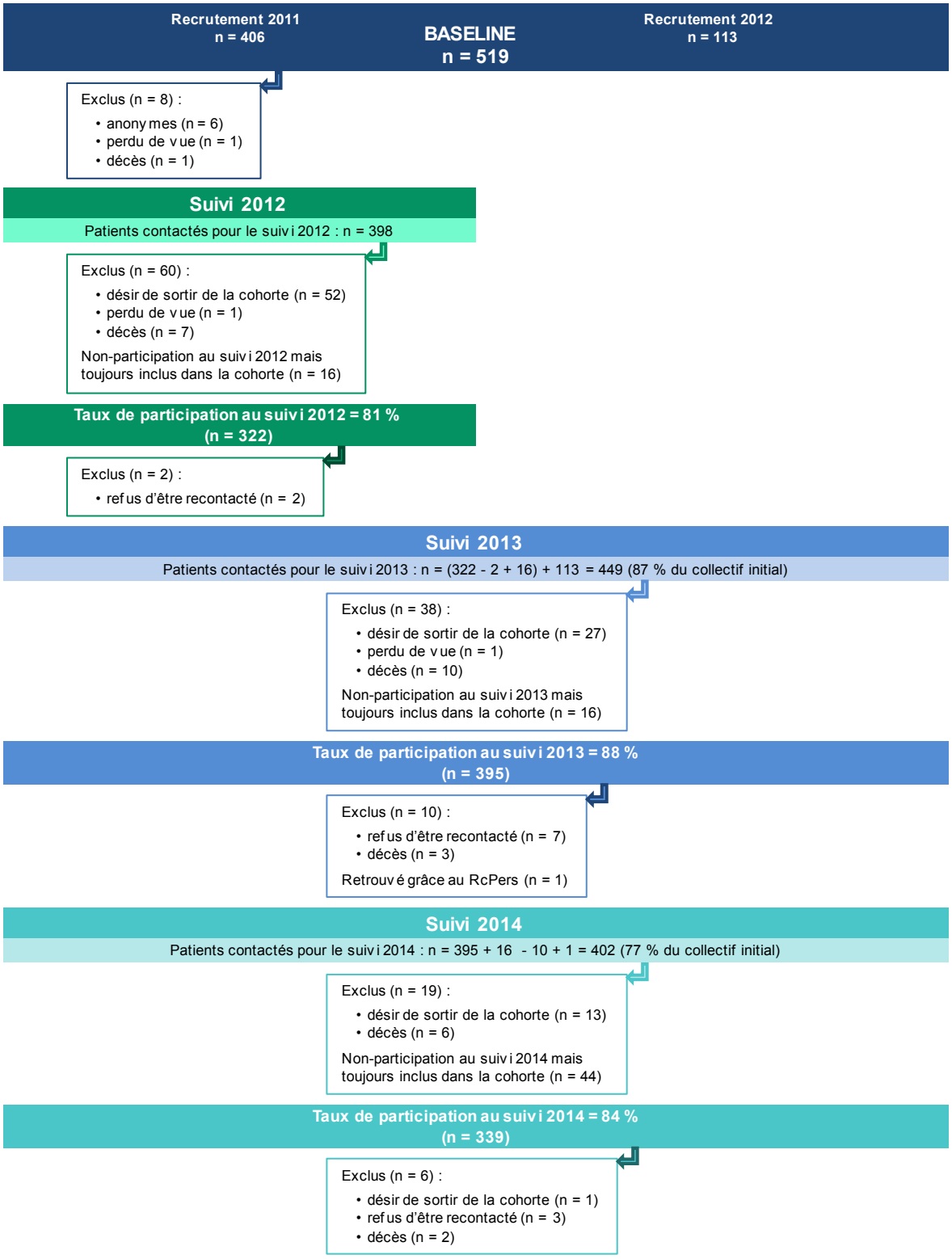


Figure 14 (Suite)

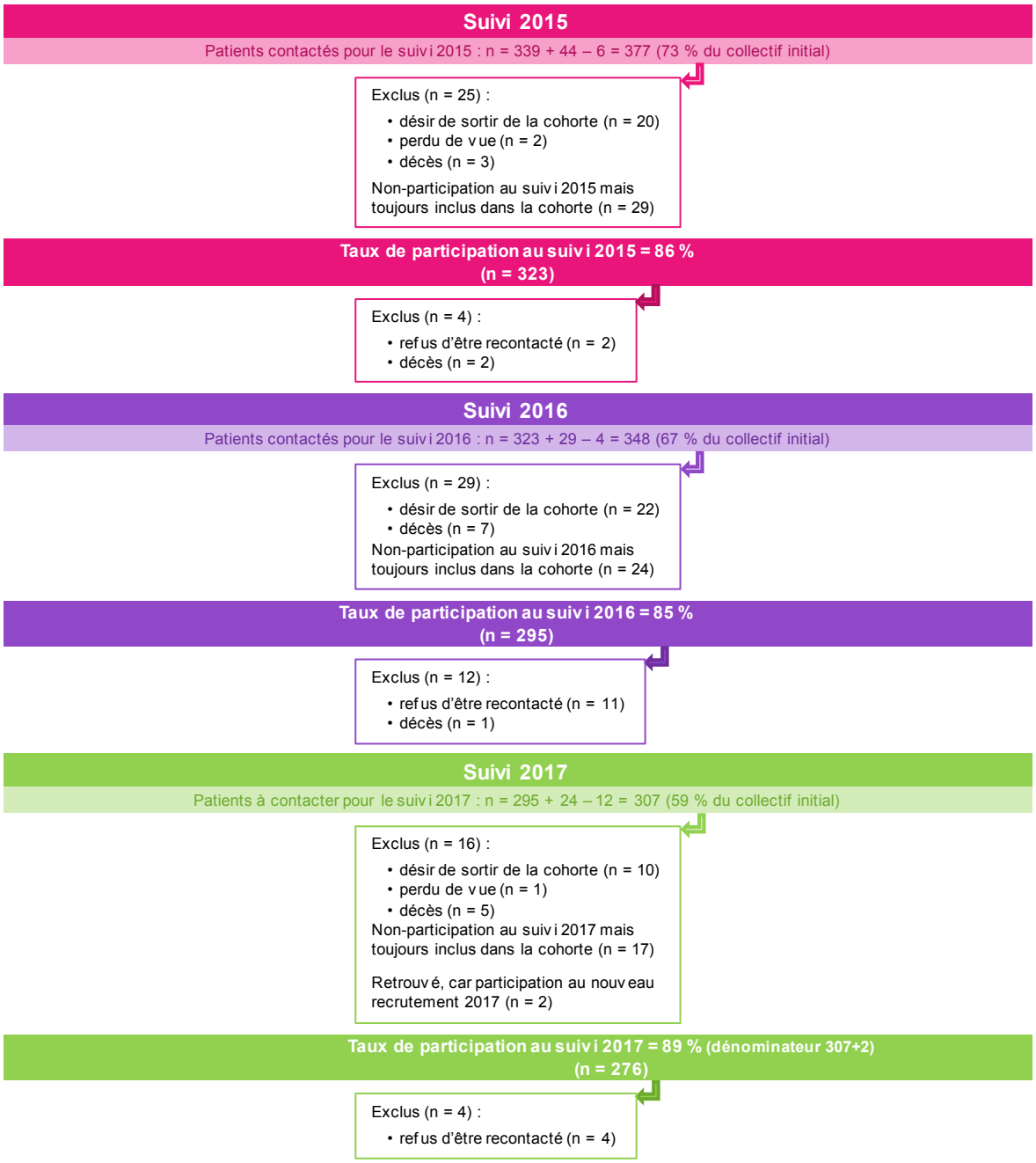


Tableau 28 Caractéristiques des participant·e·s et non-participant·e·s au suivi 2017

Variables auto-rapportées en 2011-2012	Participants au suivi 2017		Non-participants au suivi 2017		valeur de p*
	n	%	n	%	
Catégorie d'âges	(n=276)		(n=243)		0.00
< 65 ans		52.2%		39.5%	
65-74 ans		38.4%		32.9%	
≥ 75 ans		9.4%		27.6%	
Genre	(n=243)		(n=243)		0.10
Femmes		37.0%		44.0%	
Hommes					
Etat civil	(n=276)		(n=240)		0.07
Célibataire		9.4%		7.1%	
Marié·e, en couple ou en partenariat		66.3%		60.8%	
Séparé·e ou divorcé·e		16.3%		17.1%	
Veuf·ve		8.0%		15.0%	
Education	(n=272)		(n=232)		0.01
Primaire		14.3%		24.1%	
Secondaire		57.7%		54.3%	
Tertiaire		27.9%		21.6%	
Activité professionnelle	(n=272)		(n=231)		0.02[F]
Temps plein (80-100 %)		29.8%		16.5%	
Temps partiel (< 80 %)		7.7%		9.1%	
Retraité·e		41.2%		51.5%	
Chômage ou AI		6.6%		5.6%	
En formation		0.4%		0.9%	
Femme/homme au foyer		3.7%		5.6%	
Rentier·ère		10.7%		10.8%	
Revenu	(n=266)		(n=220)		0.01
< 3499		15.8%		27.7%	
3500-5499		29.7%		22.7%	
5500-9499		29.7%		25.5%	
> 9500		19.2%		15.0%	
Ne sait pas		5.6%		9.1%	
Composition du ménage	(n=276)		(n=240)		0.12
Vit seul·e à domicile		23.9%		30.0%	
Vit avec quelqu'un à domicile		76.1%		70.0%	
Habite en zone	(n=274)		(n=235)		0.05
Rurale		29.6%		30.2%	
Urbaine		38.7%		47.2%	
Semi-urbaine		31.8%		22.6%	

Variables auto-rapportées en 2011-2012	Participants au suivi 2017 n	%	Non-participants au suivi 2017 n	%	valeur de p*
Assurance maladie **	(n=272)		(n=239)		0.72[F]
Assurance ordinaire avec franchise		83.1%		86.2%	
Modèle d'assurance alternatif †		14.3%		11.3%	
Autre		1.8%		2.1%	
Ne sait pas		0.7%		0.4%	
Subventions assurance maladie **	(n=275)		(n=240)		0.73[F]
Oui		15.3%		17.5%	
Non		82.9%		81.3%	
Ne sait pas		1.8%		1.3%	
Nationalité	(n=275)		(n=240)		0.29[F]
Suisse		82.6%		87.5%	
Européenne		11.6%		9.6%	
Extra-européenne		1.8%		0.4%	
Suisse et autre		4.0%		2.5%	
Membre de l'AVD	(n=275)		(n=241)		0.33
Oui		16.4%		12.0%	
Non		82.6%		86.3%	
Ne sait pas		1.1%		1.7%	
Santé subjective	(n=273)		(n=236)		0.10
Excellente		2.9%		0.9%	
Très bonne		14.7%		9.3%	
Bonne		63.4%		65.3%	
Médiocre		15.0%		19.9%	
Mauvaise		4.0%		4.7%	
Tabagisme	(n=272)		(n=237)		0.59
Fumeur·euse actif·ve		18.8%		15.6%	
Ancien·ne fumeur·euse		43.4%		46.8%	
Non-fumeur·euse		37.9%		37.6%	
Indice de masse corporelle (kg/m2)	(n=258)		(n=223)		0.62
Insuffisance pondérale (IMC < 15.5)		0.8%		0.9%	
Corpulence normale (IMC 18.5-24.9)		18.6%		15.3%	
Surpoids (IMC 25-29.9)		36.4%		34.1%	
Obésité (IMC ≥ 30)		44.2%		49.8%	
Activité physique ††	(n=268)		(n=227)		0.91
Inactivité §		29.1%		30.0%	
Activité partielle §§		16.4%		15.0%	
Activité ‡		54.5%		55.1%	
Consommation d'alcool à risque (AUDIT-C : hommes ≥ 4, femmes ≥ 3)	(n=265)		(n=219)		0.37
Oui		50.2%		46.1%	
Non		49.8%		53.9%	

Variables auto-rapportées en 2011-2012	Participants au suivi 2017 n	%	Non-participants au suivi 2017 n	%	valeur de p*
Nombre de comorbidités ⌗	(n=269)		(n=236)		0.53
0		18.2%		15.3%	
1		25.3%		30.1%	
2		26.8%		28.0%	
≥ 3		29.7%		26.7%	
Dépistage positif pour la dépression	(n=272)		(n=231)		0.66
Oui		29.8%		31.6%	
Non		70.2%		68.4%	
Type de diabète (attribué) ¶	(n=276)		(n=243)		0.43F
Type 1		12.3%		10.7%	
Type 2		84.8%		84.4%	
Autre		2.9%		4.9%	
Durée du diabète	(n=273)		(n=238)		0.01
≤ 10 ans		57.9%		45.4%	
> 10 ans		42.1%		54.6%	
Traitement antidiabétique	(n=276)		(n=241)		0.05F
Antidiabétique oral (ADO)		55.8%		44.8%	
Insuline seule		18.1%		25.3%	
ADO et insuline		25.7%		29.1%	
Aucun		0.4%		0.4%	
Ne sait pas		0.0%		0.4%	
Complications liées au diabète ¶¶	(n=270)		(n=234)		
Infarctus, crise cardiaque, angine de poitrine		10.0%		12.4%	0.39
Accident vasculaire cérébral (AVC)		1.9%		5.1%	0.05F
Problèmes de vue (atteinte de la rétine, y compris traitement laser) ‖		16.7%		19.2%	0.45
Problème de reins ne nécessitant pas de dialyse (insuffisance rénale)		3.3%		5.6%	0.28F
Dialyses régulières ou greffe de rein		0.4%		1.7%	0.19F
Douleurs ou perte de sensibilité aux pieds		22.6%		22.2%	0.92
Ulcères ou plaies des pieds		2.6%		5.6%	0.11F
Amputation de membre inférieur		2.6%		2.6%	1.00F
Hypo/hyper-glycémie sévère		9.3%		12.0%	0.32

* Des tests de Chi2 ou de Fisher (valeur de p suivie de F) ont été effectués pour les variables catégorielles ; une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative.

** Assurance de base obligatoire LAMal.

† Modèle d'assurance de type réseau de médecins ou HMO, modèle médecin de famille, modèle avec consultation téléphonique au préalable/avant chaque visite médicale.

†† 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

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

§§ Activité partielle : par semaine 30-149 minutes d'activité physique modérée ou 1 fois une activité intense.

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

‡‡ Liste des comorbidités proposées comme modalités de réponse 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 rapportées, une seule comorbidité supplémentaire est considérée dans le score de comorbidités).

¶ Après le suivi 2013, le type de diabète a été attribué pour tous les patient·e·s ayant été recrutés en 2011-2012, sur la base des données auto-rapportées par les patient·e·s et celles rapportées par les médecins traitant, et avec l'aide d'une diabétologue pour les cas ambigus.

¶¶ Plusieurs réponses possibles.

‖ Cataracte, glaucome et DMLA non-compris.

AVD : Association Vaudoise du Diabète ; IMC : indice de masse corporelle ; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption ; ADO : antidiabétique oral ; AVC : accident vasculaire cérébral.

7.2 Données récoltées

Tableau 29 Variables modifiées entre les questionnaires de 2011-2012 et de 2017

Variables modifiées	En 2011-2012	En 2017
Contrôles médicaux annuels et valeurs		
Connaissance du dernier résultat d'HbA1c	Cette information était incluse dans la question sur la mesure d'HbA1c ; pour ceux·elles ayant eu au moins une mesure, il était demandé de préciser la valeur du dernier résultat.	C'était une question indépendante demandant si oui ou non la valeur du dernier résultat était connue, et si oui de la préciser.
Contrôle chez l'ophtalmologue	Les modalités de réponse étaient : il y a moins d'1 an ; il y a 1 à 2 ans ; il y plus de 2 ans ; jamais ; ne sait pas.	Les modalités de réponse étaient : il y a entre 0 et 12 mois ; il y a entre 13 et 24 mois ; il y plus de 24 mois ; jamais ; ne sait pas.
Contrôle des pieds	Deux questions étaient posées : contrôle par le médecin, contrôle par un·e infirmier·ère spécialisé·e.	Une seule question était posée : contrôle par un·e professionnel·le de santé.
Connaissance du dernier résultat de tension artérielle	Cette information étai incluse dans la question sur la mesure de tension artérielle ; pour ceux·elles ayant eu au moins une mesure, il était demandé de préciser la valeur du dernier résultat.	C'était une question indépendante demandant si oui ou non la valeur du dernier résultat était connue, et si oui de la préciser en reportant séparément la valeur de tension systolique et de tension diastolique.
Vaccination		
Vaccination contre la grippe	Les modalités de réponses étaient : oui ; non ; ne sait pas.	Les modalités de réponses négatives ont été affinées : non, on me l'a proposé mais j'ai refusé ; non, on me l'a proposé mais il n'y avait pas de vaccin disponible ; non, on ne me l'a pas proposé.
Recommandations par un·e médecin ou professionnel·le de santé		
Conseils pour l'alimentation	L'intitulé précisait : lors d'une consultation chez un·e médecin.	L'intitulé précisait : par un·e professionnel·le de santé.
Conseils à propos de l'activité physique	L'intitulé précisait : lors d'une consultation chez un·e médecin.	L'intitulé précisait : par un·e professionnel·le de santé.
Education thérapeutique		
Participation à des cours d'éducation thérapeutique	Laps de temps : 4 propositions et ne sait pas.	Parcours : 6 propositions et ne sait pas.
Utilisation des services de santé		
Consultations (12m)		Ajout de la modalité « Dentiste »
Type de soins auxquels les patient·e·s ont renoncé		Ajout de la modalité de réponse « Autre »
Satisfaction et soutien - Information		
Disponibilité de l'équipe de soin	Les modalités de réponse étaient : oui toujours ; oui souvent ; quelquefois ; rarement ; jamais.	Les modalités de réponse étaient : toujours ; souvent ; quelquefois ; rarement ; jamais.
Prise en charge globale		
PACIC	Utilisation du PACIC-5A (26 questions)	Utilisation du PACIC (20 questions)
Tabac – Alcool – Activité physique		
AUDIT-C, nombre de verres standards	Deux modalités pour les faibles consommations : 1 verre ; 2 verres	Une seule modalité pour les faibles consommations : 1 à 2 verres

Variables modifiées	En 2011-2012	En 2017
Caractéristiques générales, statut socioéconomique et assurances		
Revenu mensuel brut du ménage		
• < 1er quartile	• ≤ 3499 SFr	• ≤ 3499 SFr
• 1er quartile - < revenu médian	• 3500 - 5499 SFr	• 3500 - 5899 SFr
• Revenu médian - < 3ème quartile	• 5500 - 9499 SFr	• 5900 - 9699 SFr
• ≥ 3ème quartile	• ≥ 9500 SFr	• ≥ 9700 SFr
Situation professionnelle actuelle	• Temps plein (80-100 %) • Temps partiel (< 80 %) • Retraité·e • Chômage, au bénéfice de l'assurance invalidité • En formation • Femme/homme au foyer • Rentier·ère	• Temps plein (80-100 %) • Temps partiel (< 80 %) • Retraité·e, rentier·ère (vieillesse) • Invalidité • Chômage • En formation • Femme/homme au foyer
Programme cantonal Diabète	Connaissance et participation à 5 activités mises sur pied par le PcD (uniquement pour le questionnaire de 2012)	Participation à 4 activités mises sur pied pr le PcD

HbA1c : hémoglobine glyquée ; 12m : 12 mois ; PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire ; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption ; SFr : franc suisse ; PcD : Programme cantonal Diabète.

Tableau 30 Variables présentes dans le questionnaire 2017, mais pas dans celui de 2011-2012

Variables présentes en 2017, mais pas en 2011-2012
Contrôle des pieds
Utilisation d'un instrument (diapason ou monofilament) pour le contrôle des pieds (oui, non, ne sait pas)
Quel·le professionnel·le de santé a effectué le contrôle des pieds (médecin, infirmier·ère, podologue, ne sait pas)
Niveau de risque du pied précisé par le·la professionnel·le de santé (risque faible, risque augmenté, risque élevé, risque très élevé, ne sait pas/rien précisé)
Discussion avec un·e médecin ou professionnel·le de santé sur les mesures pour éviter les complications des pieds (12 mois ; oui, non, ne sait pas)
Les antécédents de problèmes de pieds (4 sous-questions ; oui, non)
Les problèmes de pieds actuels (5 sous-questions ; oui, non)
Education thérapeutique
Format du cours suivi (cours individuel ou en groupe)
Raison de non-participation à des cours d'éducation thérapeutique (8 modalités de réponse)
Compétence en matière de santé (health literacy)
Problème de compréhension lors de l'obtention d'informations écrites sur le traitement ou l'état de santé (5 modalités de réponse de toujours à jamais)
Sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy)
Gestion de la vie avec le diabète (7 modalités de réponse de très bien à très mal)
Self-efficacy, questionnaire de Stanford (8 questions sur une échelle de 1 pas du tout confiant·e à 10 entièrement confiant·e)
Caractéristiques générales, statut socioéconomique et assurances
Précarité financière (peine à payer les factures du ménage dans les 12 derniers mois, proxy pour le renoncement aux soins (DiPCare-Q[12, 13]))

Tableau 31 Variables présentes dans le questionnaire de 2011-2012, mais non reprises dans celui de 2017

Variables présentes dans le questionnaire de 2011-2012, mais non reprises en 2017
Recommandations par un·e médecin ou professionnel·le de santé
Recommandation par un·e médecin d'aller voir un·e diététicien·ne
Education thérapeutique
Proposition par un·e médecin de participer à des cours d'éducation thérapeutique.
Proposition par un·e médecin de participer à des cours d'éducation thérapeutique lors de l'introduction de l'insuline.
Satisfaction et soutien - Information
Recommandation de la prise en charge
Soutien de l'entourage
Satisfaction du soutien de l'entourage
Qui fournit l'information sur le diabète
Tabac – Alcool – Activité physique
Produits fumés
Problèmes d'alcool passé - présent
Caractéristiques générales, statut socioéconomique et assurances
Zone d'habitation
Activité professionnelle actuelle ou dernière activité
Assurance complémentaire hospitalisation
Programme cantonal Diabète
Réception du passeport diabète

Tableau 32 Présence des questions dans les différents questionnaires au fil du temps

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Questionnaire de base									
Diagnostique et complications du diabète									
Type de diabète	X	X	X	X	X				
Durée du diabète	X	X	X						
Age au moment du diagnostic du diabète								X	
Complications depuis le diagnostic du diabète	X	X	X	X	X			X	X
Complications survenues au cours des 12 derniers mois						X	X		
Traitement du diabète et surveillance glycémique									
Traitement (question modifiée par ajout d'injection autre qu'insuline aux suivis)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Compliance médicamenteuse (4 questions de Morisky)	X	X	X						X
Surveillance glycémique à domicile	X	X	X	X	X				X
Raisons de non-surveillance glycémique à domicile					X				
Proposition par le·la médecin de surveiller la glycémie à domicile	X	X	X						X
Contrôles médicaux annuels et valeurs									
Connaissance de l'HbA1c	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mesure de l'HbA1c (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Connaissance du dernier résultat d'HbA1c			X	X	X	X	X	X	X
Dernière valeur HbA1c	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mesure du cholestérol (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mesure de la microalbuminurie (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contrôle des yeux (12m - 24m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contrôle des pieds par un·e médecin (12m)	X	X							
Contrôle des pieds par un·e infirmier·ère (12m)	X	X							
Contrôle des pieds par un·e professionnel·le de santé (12m)			X	X	X	X	X	X	X
Utilisation d'un instrument pour le contrôle des pieds			X	X	X	X	X	X	X
Quel·le professionnel·le a effectué le contrôle des pieds			X	X	X	X			X
Niveau de risque du pied précisé par le·la professionnel·le de santé			X						X
Discussion avec un·e médecin/professionnel·le de santé sur les mesures pour éviter les complications des pieds (12m)			X						X
Les antécédents de problèmes de pieds			X						X
Les problèmes de pieds actuels			X						X
Contrôle du poids (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Poids actuel	X	X	X	X	X	X		X	X
Taille actuelle	X	X	X	X	X	X		X	X

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mesure de la tension artérielle (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Connaissance du dernier résultat de tension			X	X	X	X		X	X
Dernières valeurs de TAS et TAD	X	X	X	X	X	X		X	X
Recommandations par le·la médecin/professionnel·le de santé									
Recommandations diététiques par le·la médecin (12m)	X	X		X	X				
Recommandations diététiques par un·professionnel·le de santé (12m)			X				X		X
Quel·le professionnel·le a donné les recommandations diététiques							X		
Recommandations d'aller voir un·e diététicien·ne par le·la médecin	X	X							
Recommandations d'activité physique par le·la médecin (12m)	X	X		X	X				
Recommandations d'activité physique par un·e professionnel·le de santé (12m)			X				X		X
Quel·le professionnel·le a donné les recommandations d'activité physique							X		
Vaccinations									
Vaccination grippale (12m) (question affinée par précision des raisons de non-vaccination)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vaccination pneumocoque					X				
Cours d'éducation thérapeutique									
Proposition par le·la médecin de participer à des cours d'éducation thérapeutique	X	X							
Proposition par le·la médecin de participer à des cours d'éducation thérapeutique lors de l'introduction de l'insuline	X	X							
Participation à des cours d'éducation thérapeutique (laps de temps)	X	X							
Participation à des cours d'éducation thérapeutique (Oui/Non)				X	X				
Date de la participation au cours d'éducation thérapeutique				X	X				
Raisons de non-participation à cours d'éducation thérapeutique			X		X				X
Participation à des cours d'éducation thérapeutique (12m)						X			
Participation à des cours d'éducation thérapeutique (parcours)			X				X		X
Si participation, quel type de cours (individuel/en groupe)			X				X		X
Si participation, quel·le professionnel·le de santé a dispensé le cours							X		
Compétence en matière de santé (« Health literacy »)									
Health literacy (une question)			X		X	X			X
Utilisation des services de santé									
Utilisation des services de santé, consultation (12m)									
➢ Consultation médecin de famille	X	X	X	X	X	X			X

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
➢ Consultation médecin diabétologue	X	X	X	X	X	X			X
➢ Consultation infirmier·ère en diabétologie	X	X	X	X	X	X			X
➢ Consultation diététicien·ne	X	X	X	X	X	X			X
➢ Consultation podologue	X	X	X	X	X	X			X
➢ Consultation pharmacien·ne				X	X	X			
➢ Consultation pharmacie sans contact avec le·la pharmacien·ne					X	X			
➢ Consultation physiothérapeute				X	X	X			
➢ Consultation dentiste			X		X	X			X
➢ Consultation autre professionnel·le, lequel ?				X	X	X			
Raison de non-passage à la pharmacie (12m)						X			
Hospitalisation (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consultation d'urgence (12m)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aide d'un·e professionnel·le du CMS (12m)	X	X	X	X	X	X			X
Aide à domicile (12m)	X	X	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			X
Quels soins ont été renoncés (12m)	X	X	X			X			X
Renoncement aux soins pour d'autres raisons que le prix (12m)						X			
Quelles autres raisons de renoncement (12m)						X			
Précarité									
Question de précarité financière (12m)			X			X	X	X	X
Satisfaction et soutien – Information									
Satisfaction de la prise en charge actuelle	X	X	X	X	X		X		X
Recommandation de la prise en charge	X	X					X		
Soutien/disponibilité de l'équipe de soin	X	X	X				X		X
Satisfaction du soutien de l'équipe de soin	X	X	X				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	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	X		X		X
Difficulté de gestion du diabète par rapport à l'activité physique	X	X	X	X	X		X		X
Difficulté de gestion du diabète par rapport au traitement	X	X	X	X	X		X		X
Difficulté de gestion du diabète par rapport à l'alimentation	X	X	X	X	X		X		X
Gestion de la vie avec le diabète			X	X	X		X		X
Self-efficacy (questionnaire de Stanford)			X	X	X	X	X	X	X

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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		X	X	X	X
Aspects psychosociaux du diabète									
Activités d'autogestion du diabète (SDSCA-2)									
➢ Alimentation						X		X	
➢ Activité physique						X		X	
➢ Test du taux de glycémie						X		X	
➢ Soin des pieds						X		X	
➢ Tabac								X	
➢ Médicaments						X		X	
Divers problèmes liés au diabète (PAID-5)						X		X	
Echelle d'autonomisation de personnes vivant avec le diabète (DES-SF)						X			
Theory of planned behavior (TPB)									
Questionnaire de Kétia Alexandre (24 items)								X	
Tabac – Alcool – Activité physique									
Tabagisme	X	X	X	X	X	X	X		X
Nombre d'années de tabagisme	X	X	X						X
Produits fumés	X	X							
Nombre de cigarettes fumées en moyenne	X	X	X	X	X	X			X
Conseil du·de la médecin pour arrêter de fumer	X	X	X	X	X	X	X		X
Consommation d'alcool (AUDIT-C)	X	X	X	X	X	X			X
Problèmes d'alcool passé - présent	X	X							
Activité physique (score d'inactivité, ESS 2007-2012)	X	X	X	X	X	X	X		X
Comorbidités et dépression									
Comorbidités	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dépistage de la dépression	X	X	X	X		X		X	X
Qualité de vie									
Qualité de vie générique (SF-12)	X	X	X	X	X	X	X		X
Qualité de vie générique (SF-12) Question 1, état de santé général								X	
Qualité de vie générique (EQ-5D)					X	X	X	X	
Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Caractéristiques générales et statut socio-économique									
Genre	X	X	X						
Date de naissance	X	X	X						
Zone d'habitation	X	X		X					
Nationalité	X	X	X						X
Etat civil	X	X	X				X		X
Nombre de cohabitant	X	X	X	X	X	X		X	X

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Revenu mensuel brut du ménage	X	X	X	X	X			X	X
Education/formation	X	X	X						X
Situation professionnelle actuelle (question légèrement modifiée selon les années)	X	X	X	X	X	X			X
Activité professionnelle actuelle ou dernière activité	X	X		X					
Assurance									
Modèle d'assurance (LAMal)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Assurance complémentaire hospitalisation	X	X		X	X				
Subvention pour assurance de base (LAMal)	X	X	X	X	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	X	X	X	X
Depuis quand êtes-vous membre de l'AVD? (question modifiée en 2015)						X	X		
Connaissance du passeport diabète	X	X	X	X					X
Utilisation du passeport diabète	X	X	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)									
➢ Campagne de dépistage en pharmacie (novembre 2011)		X		X					
➢ EVIVO (devenir acteur de sa vie, méthode Stanford)		X		X	X	X	X		
➢ Ça marche! Bouger plus, manger mieux		X		X	X	X	X		
➢ Suivi par filière de soins CaP'Diab (partenariat médecin-infirmière)		X		X	X	X	X		
➢ Suivi par filière de soins Diabaide		X		X	X	X	X		
➢ Suivi par filière de soins DiabEst							X		
➢ DIAfit (programme d'activité physique pour diabétiques type 2)				X	X	X	X		
➢ Campagne d'affichage pour le test "Evaluez votre risque de diabète" sur le site internet www.vd.ch/diabete				X					
➢ Consultation podologique/pied à risque (connaissance/consultation)					X	X	X		
➢ Suivi des pieds par un·e infirmier·ère après hospitalisation dans le service de chirurgie septique (connaissance/consultation)							X		
➢ Consultation "Néphropathie diabétique" (connaissance/consultation)						X	X		
➢ Passeport diabète (connaissance/utilisation)					X	X	X		
➢ Programme cantonal diabète (connaissance/visite du site internet)						X	X		
➢ Entendu parler de la campagne « Prenez vos pieds en main »									X

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
➢ Participation aux activités mises sur pied par le Programme cantonal Diabète									
➢ Cours EVIVO (devenir acteur de sa vie, méthode Stanford)			X						X
➢ Programme DIAfit (programme d'activité physique pour diabétiques de type 2)			X						X
➢ Programme DIAfood (programme pour les diabétiques centré sur l'alimentation)			X						X
➢ Filière de soins diabète (p.ex. DiabEst, DiabOuest, Diabaide, filière diabète du Réseau Nord Broye y compris CaP'Diab)			X						X
Commentaire libre									
Commentaire libre	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Modules spécifiques									
Module "Pied diabétique" (Suivi 2013)									
Prise en charge du pied diabétique									
Contrôle des pieds par un·e professionnel·le 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·le professionnel·le a effectué le contrôle des pieds					X				
Discussion avec un·e médecin des mesures de prévention des problèmes de pieds (12m)					X				
Discussion avec un·e autre professionnel·le de santé des mesures de prévention des problèmes de pieds (12m)					X				
Informations 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				
Connaissances sur les problèmes de pieds									
Comment pourrait-on constater un problème de pieds (4 sous-questions)					X				
La cause la plus importante des problèmes de pieds					X				
Ce qui peut être fait pour éviter un problème de pieds (10 sous-questions)					X				
Les problèmes de pieds (passés et présents)									
Les antécédents de problème de pieds					X				

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Les problèmes de pieds actuels					X				
Module "Yeux et diabète" (Suivi 2015)									
Les problèmes des yeux des patient·e·s							X		
Traitement pour la rétinopathie diabétique							X		
Contrôle des yeux par l'ophtalmologue (12m - 24m)							X		
Délai pour un rendez-vous chez l'ophtalmologue							X		
Raison(s) de faire un contrôle annuel des yeux chez l'ophtalmologue							X		
Barrière(s) au contrôle des yeux							X		
Si pas de contrôle par l'ophtalmologue, quel·le autre professionnel·le de santé a effectué un contrôle des yeux							X		
Quand le contrôle par un·e autre professionnel·le de santé a été effectué (12m - 24m)							X		
Ce qui a été fait lors du contrôle des yeux par l'ophtalmologue ou un·e autre professionnel·le de santé							X		
Connaissance de la rétinographie (photographie du fond de l'œil)							X		
Eu une rétinographie (photographie du fond de l'œil)							X		
Connaissance des risques liés au diabète pour les yeux							X		
Comment cette connaissance a été obtenue							X		
Ce qui peut être fait pour éviter la survenue ou la péjoration de problème aux yeux en lien avec le diabète							X		
Module "Coordination et continuité des soins" (Suivi 2015)									
Connaissance des antécédents médicaux par le·la médecin							X		
Explications claires de la part du·de la médecin ou de quelqu'un de son cabinet							X		
Résultats d'examen ou dossier pas prêts au moment du rendez-vous							X		
Informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnel·le·s de santé							X		
Examen médical demandé par le·la médecin jugé non-nécessaire							X		
Contact pour donner les résultats après prescription d'un examen médical							X		
Informations transmises au spécialiste par le·la médecin traitant							X		
Informations transmises par le·la spécialiste au médecin traitant							X		
Réception de rappel pour les soins préventifs							X		

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aide pour organiser/coordonner les soins reçus ailleurs par le·la médecin traitant ou de quelqu'un de son cabinet							X		
Impression de perdre son temps en raison de soins mal organisés/coordonnés							X		
Opinion sur la coordination entre les différent·e·s professionnel·le·s de santé							X		
Opinion sur la communication entre les différent·e·s professionnel·le·s de santé							X		
Passage en revue des différents médicaments pris par un·e professionnel·le de santé							X		
Explication des effets secondaires des médicaments pris par un·e professionnel·le de santé							X		
Liste écrite des médicaments pris par un·e professionnel·le de santé							X		
Module "Le diabète et les autres maladies ou problèmes de santé chroniques" (Suivi 2016)									
Comorbidités								X	
Maladie chronique qui préoccupe le plus au quotidien								X	
Maladie chronique qui limite/gêne le plus au quotidien								X	
Maladie chronique pour laquelle le·la patient·e consulte le plus les professionnel·le·s de santé								X	
Maladie chronique, autre que le diabète, qui empêche de bien prendre soin de celui-ci au quotidien								X	
Coordination des traitements médicamenteux								X	
Priorités correspondent entre patient·e et médecin pour la gestion du diabète et des autres maladies chroniques								X	
Difficulté de gestion du diabète et des autres maladies chroniques au quotidien								X	
Gestion de la vie avec le diabète et d'autres maladies chroniques								X	
Ne pas arriver à faire tout ce qui est conseillé ou prescrit pour prendre soin du diabète et des autres maladies chroniques								X	
Lorsque tout ne peut pas être fait, quels aspects importent dans la prise de décision (10 sous-questions)								X	
Lorsque tout ne peut pas être fait, quels avis importent dans la prise de décision (7 sous-questions)								X	
Obstacles pour bien prendre soin de son diabète au quotidien (14 sous-questions)								X	
Module "Vos besoins en termes d'éducation thérapeutique" (Suivi 2016)									
Utilité de différentes activités et outils pédagogiques pour améliorer les connaissances et compétences des participant·e·s (15 sous-questions)								X	
Sujets qui pourraient intéresser les participant·e·s (15 sous-questions)								X	

Questions	Recrutements			Suivis					
	2011	2012	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Module "Votre prise en charge en pharmacie" (Recrutement et Suivi 2017)									
Nombre de médicaments pris par jour									X
Façon de se procurer les médicaments habituellement									X
Pharmacie habituelle									X
Fréquence à laquelle se rend en pharmacie									X
Nombre de pharmacies dans lesquelles les médicaments ont été achetés (12m)									X
Informations souhaitées lors de la prise d'un nouveau médicament, par les pharmacien·ne·s ou médecins (13 sous-questions)									X
Intérêt pour des aides à la prise de médicaments, et utilisation de ces aides (8 sous-questions)									X
Intérêt pour des services proposés en pharmacie (7 sous-questions)									X
Importance accordée à certains aspects dans le choix de la pharmacie (12 sous-questions)									X
Degré d'accord sur des affirmations décrivant le rôle des pharmacien·ne·s (8 sous-questions)									X
Degré d'accord sur des affirmations à propos du traitement médicamenteux (3 sous-questions)									X

7.3 Module « Votre prise en charge en pharmacie »

Figure 15 Les 4 pages du module telles que présentées dans le questionnaires 2017

7292640965

Votre prise en charge en pharmacie

Dans les quatre pages qui suivent, nous allons parler de votre prise de médicaments et de votre opinion sur les prestations et rôles des pharmaciens dans votre prise en charge.

Voici quelques précisions à garder en tête lorsque vous lirez les questions :

1. Les questions qui suivent ne concernent pas seulement le diabète, **mais tous les médicaments que vous prenez**, que ce soit pour le diabète ou pour d'autres problèmes de santé ou maladies chroniques.
2. Lorsque nous parlerons de " **médicaments** ", nous entendrons par là non seulement les comprimés, mais aussi les gélules, sirops, gouttes, granulés, suppositoires, ampoules, pommades, patchs, aérosols ou injections ; prescrits par un médecin ou achetés sans ordonnance en pharmacie.

1. Combien de médicaments différents prenez-vous par jour ? *(si vous prenez plusieurs fois le même médicament, comptez-le une seule fois)*

- ☐ 1 à 3 médicaments par jour
- ☐ 4 à 6 médicaments par jour
- ☐ 7 à 9 médicaments par jour
- ☐ 10 médicaments par jour ou plus
- ☐ Je ne prends aucun médicament
- ☐ Je ne sais pas

2. Comment vous procurez-vous vos médicaments habituellement ? *(une seule réponse possible)*

- ☐ Je vais chercher mes médicaments moi-même à la pharmacie
- ☐ Quelqu'un se rend à la pharmacie à ma place (allez à la question 6)
- ☐ L'infirmière à domicile ou le CMS se charge de commander mes médicaments (allez à la question 6)
- ☐ Je me fais livrer mes médicaments à domicile (allez à la question 6)

3. Veuillez cocher la proposition qui décrit le mieux vos contacts avec les pharmacies : *(une seule réponse possible)*

- ☐ J'ai une pharmacie de préférence dans laquelle j'ai l'habitude d'aller
- ☐ J'ai plusieurs pharmacies de préférence dans lesquelles j'ai l'habitude d'aller
- ☐ Je n'ai pas de pharmacie de préférence, je vais dans les pharmacies qui me conviennent le mieux au moment où j'en ai besoin

4. A quelle fréquence vous rendez-vous en pharmacie pour aller chercher vos médicaments ?

- ☐ Une fois par semaine ou plus souvent
- ☐ 2-3 fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Moins d'une fois par mois

5. Dans combien de pharmacies différentes vous êtes-vous rendu au cours des 12 derniers mois pour aller chercher vos médicaments ?

- ☐ 1 pharmacie
- ☐ 2 pharmacies
- ☐ 3 pharmacies
- ☐ 4 pharmacies ou plus
- ☐ Je ne sais pas

©CHUV_PcD_Patients diabétiques_2017

Page 21 sur 26

4672640964

6. Quelles informations souhaiteriez-vous recevoir de la part du pharmacien ou du médecin lorsque vous commencez à prendre un nouveau médicament ? *(veuillez cocher une case par ligne)*

Des informations sur…	Non, ça ne m'intéresse pas	Oui, ça m'intéresse un peu	Oui, ça m'intéresse beaucoup
Le but du médicament (à quoi sert-il ? que soigne-t-il ?)	☐	☐	☐
Le fonctionnement du médicament (comment agit-il sur l'organisme ?)	☐	☐	☐
L'efficacité du médicament et ses bénéfices à long terme	☐	☐	☐
Les heures de prise	☐	☐	☐
La durée du traitement	☐	☐	☐
Le prix du médicament	☐	☐	☐
Les possibles effets indésirables (secondaires) du médicament	☐	☐	☐
Comment réagir si des effets indésirables surviennent	☐	☐	☐
Les possibles interactions avec d'autres médicaments	☐	☐	☐
Les effets de la nourriture et de l'alcool sur l'action du médicament	☐	☐	☐
L'importance de bien suivre le traitement et les conséquences si le traitement n'est pas suivi	☐	☐	☐
Des informations sur ce qu'il faut faire en cas d'oubli d'une prise	☐	☐	☐
Des informations sur la maladie ou le problème de santé traité par le médicament	☐	☐	☐

7. Etes-vous intéressé(e) par les aides suivantes pour vous soutenir dans la prise de vos médicaments, et les avez-vous déjà utilisées ?

	Intérêt personnel			**Déjà utilisé ?**	
	Non, ça ne m'intéresse pas	Oui, ça m'intéresse un peu	Oui, ça m'intéresse beaucoup	Non, jamais utilisé	Oui, déjà utilisé
Entretien individuel avec le pharmacien (pour recevoir des informations pratiques sur vos médicaments, faire un bilan de tous les médicaments que vous prenez, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation spécifique chez votre médecin (pour recevoir des informations pratiques sur vos médicaments, faire un bilan de tous les médicaments que vous prenez, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Rappels des médicaments à prendre par SMS (message texte sur le téléphone)	☐	☐	☐	☐	☐
Rappels des médicaments à prendre par email (message électronique, courriel)	☐	☐	☐	☐	☐
Application sur smartphone (réception d'alertes journalières)	☐	☐	☐	☐	☐
Pilulier ou semainier (boîte à médicaments, rangés par jours et heures de prise)	☐	☐	☐	☐	☐
Pilulier électronique (boîte à médicaments qui enregistre la prise de vos médicaments et vous aide à savoir si vous les avez bien pris)	☐	☐	☐	☐	☐
Liste écrite / plan de traitement de tous vos médicaments (en dehors de l'ordonnance)	☐	☐	☐	☐	☐

©CHUV_PcD_Patients diabétiques_2017

1592640962

8. Etes-vous intéressé(e) par les services suivants proposés en pharmacie, et les avez-vous déjà utilisés ?

	Intérêt personnel			Déjà utilisé ?	
	Non, ça ne m'intéresse pas	Oui, ça m'intéresse un peu	Oui, ça m'intéresse beaucoup	Non, jamais utilisé	Oui, déjà utilisé
Tests en pharmacie pour détecter les maladies chroniques telles que l'hypertension, le diabète ou un niveau de cholestérol trop élevé (dépistage)	☐	☐	☐	☐	☐
Surveillance en pharmacie de votre pression/tension artérielle, taux de sucre dans le sang, ou taux de cholestérol, après avoir reçu un traitement de votre médecin	☐	☐	☐	☐	☐
Vaccination contre la grippe en pharmacie	☐	☐	☐	☐	☐
Conseils en pharmacie sur la manière d'utiliser des appareils, tels que les stylos injecteurs d'insuline ou les lecteurs de glycémie	☐	☐	☐	☐	☐
Aide par le pharmacien pour arrêter de fumer ou contrôler votre poids	☐	☐	☐	☐	☐
Premier avis de la part du pharmacien en cas de doute sur votre état de santé, incluant la recommandation de consulter ou non un médecin	☐	☐	☐	☐	☐
Contrôle de tous vos médicaments par le pharmacien afin de détecter d'éventuels problèmes (interactions, doublons)	☐	☐	☐	☐	☐

9. Quelle importance accordez-vous aux aspects ci-dessous lorsque vous allez dans une pharmacie ? *(veuillez cocher une case par ligne)*

	Pas du tout important	Peu important	Important	Très important	Sans avis
L'emplacement de la pharmacie (proche de mon domicile, de mon travail ou du cabinet de mon médecin ; pharmacie la plus facilement accessible)	☐	☐	☐	☐	☐
Les horaires d'ouverture	☐	☐	☐	☐	☐
Les compétences du personnel de la pharmacie	☐	☐	☐	☐	☐
Le fait que le personnel de la pharmacie me connaisse et connaisse mes problèmes de santé	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité des informations reçues (p. ex. sur la manière de prendre mes médicaments)	☐	☐	☐	☐	☐
La manière dont le personnel de la pharmacie se comporte avec moi	☐	☐	☐	☐	☐
La confidentialité des échanges	☐	☐	☐	☐	☐
La variété des produits disponibles à la pharmacie (en dehors des produits obtenus sur ordonnance)	☐	☐	☐	☐	☐
La rapidité avec laquelle je suis servi(e)	☐	☐	☐	☐	☐

©CHUV_PcD_Patients diabétiques_2017

7173640963

9 *Suite*. Quelle importance accordez-vous aux aspects ci-dessous lorsque vous allez dans une pharmacie ?
(veuillez cocher une case par ligne)

	Pas du tout important	Peu important	Important	Très important	Sans avis
La probabilité que la pharmacie ait en stock les médicaments dont j'ai besoin	☐	☐	☐	☐	☐
Le prix des médicaments	☐	☐	☐	☐	☐
La possibilité d'avoir des rabais (carte de fidélité ou de réduction, produits en action, absence de forfait sur les médicaments, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

10. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les affirmations ci-dessous à propos du rôle des pharmaciens :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans avis
Les pharmaciens sont des professionnels de santé, au même titre que les médecins et les infirmiers(ères)	☐	☐	☐	☐	☐
Les pharmaciens sont des experts en médicaments, effets secondaires et interactions médicamenteuses	☐	☐	☐	☐	☐
Le rôle principal du pharmacien est de m'expliquer comment prendre mes médicaments et m'avertir des effets indésirables (secondaires) possibles	☐	☐	☐	☐	☐
Lorsque j'entre dans une pharmacie, j'arrive facilement à distinguer les pharmacien(ne)s des assistant(e)s en pharmacie	☐	☐	☐	☐	☐
C'est le rôle du pharmacien de suivre les indications de mon médecin	☐	☐	☐	☐	☐
Si mon médecin et mon pharmacien me donnent des instructions différentes sur mon traitement médicamenteux, j'écoute mon pharmacien	☐	☐	☐	☐	☐
Les pharmaciens sont juste des commerçants qui vendent des produits en pharmacie	☐	☐	☐	☐	☐
Dans le futur, je souhaiterais que les pharmaciens jouent un rôle plus important dans la prise en charge de mes problèmes de santé	☐	☐	☐	☐	☐

11. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les affirmations suivantes à propos de votre traitement médicamenteux :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je suis convaincu(e) de l'importance des médicaments qui me sont prescrits	☐	☐	☐	☐
Je crains que les médicaments qui me sont prescrits me fassent plus de mal que de bien	☐	☐	☐	☐
Les frais non remboursés pour les médicaments qui me sont prescrits sont un poids financier pour moi	☐	☐	☐	☐

©CHUV_PcD_Patients diabétiques_2017

7.4 Résultats des analyses exploratoires de sous-groupes du recrutement 2017

Indicateurs de processus

Figure 16 Contrôles de l'HbA1c durant les 12 derniers mois (% parmi les patient·e·s connaissant l'HbA1c, n=389)

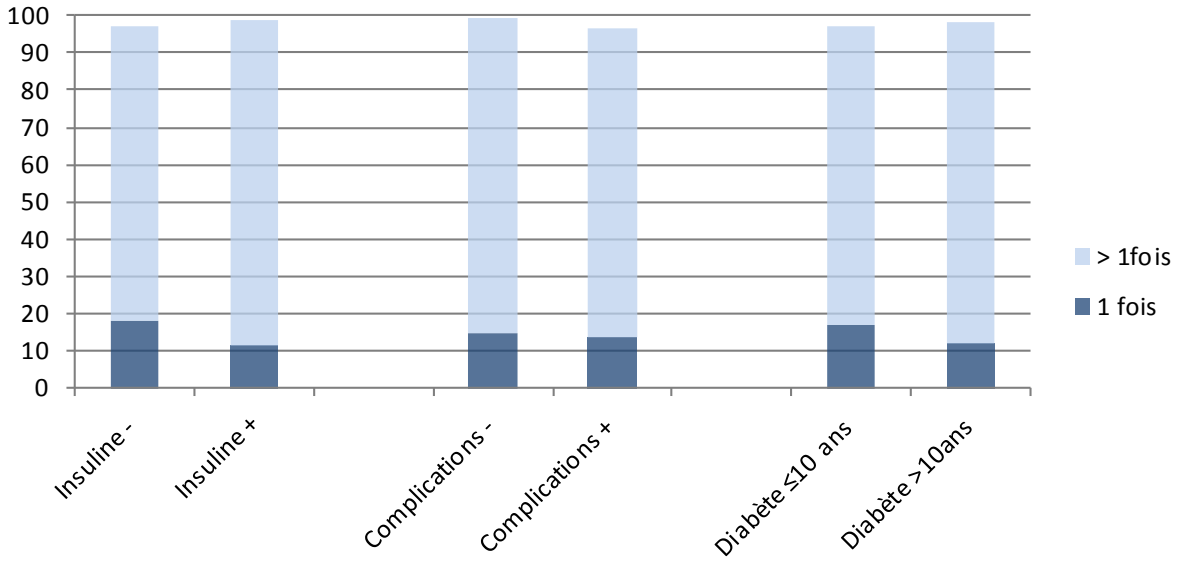


Figure 17 Contrôle chez l'ophtalmologue (%, n=510)

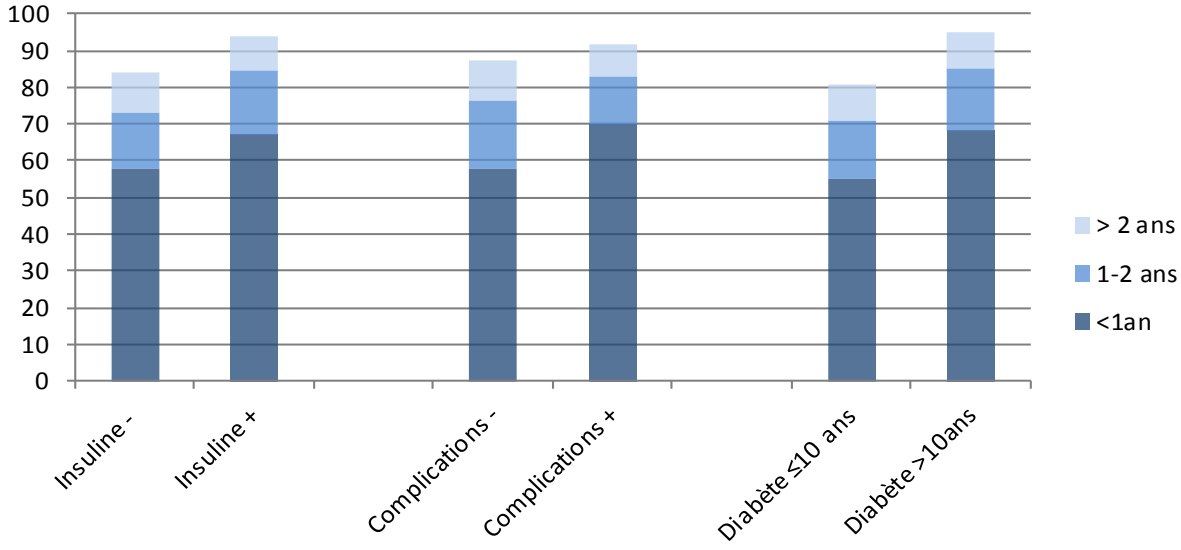


Figure 18 **Contrôle des lipides durant les 12 derniers mois (%, n=508)**

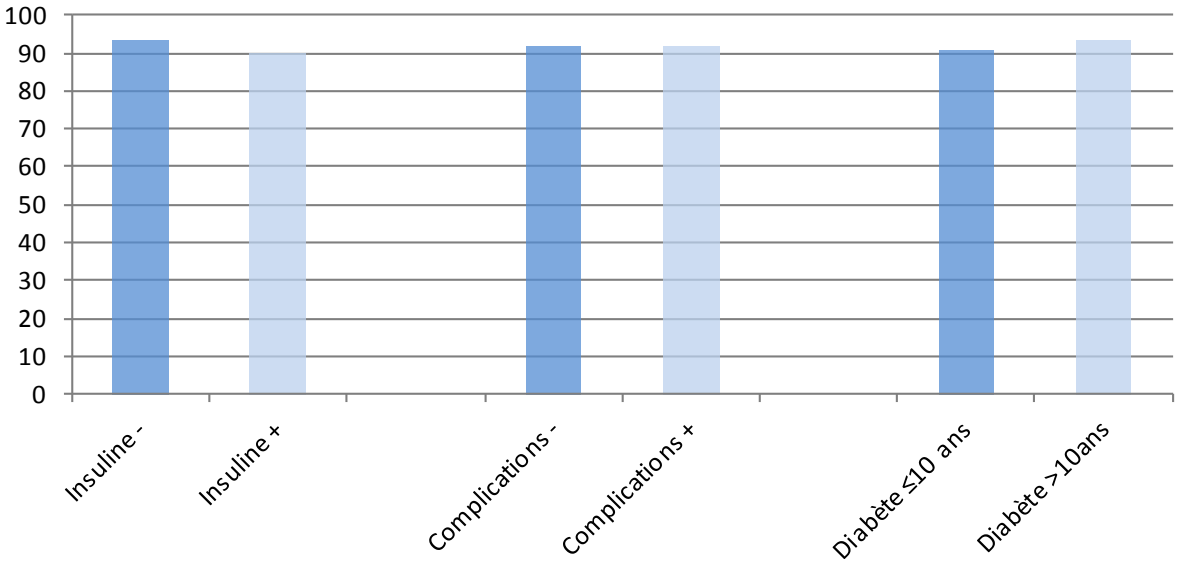


Figure 19 **Contrôle des pieds par un·e professionnel·le de santé durant les 12 derniers mois (%, n=499)**

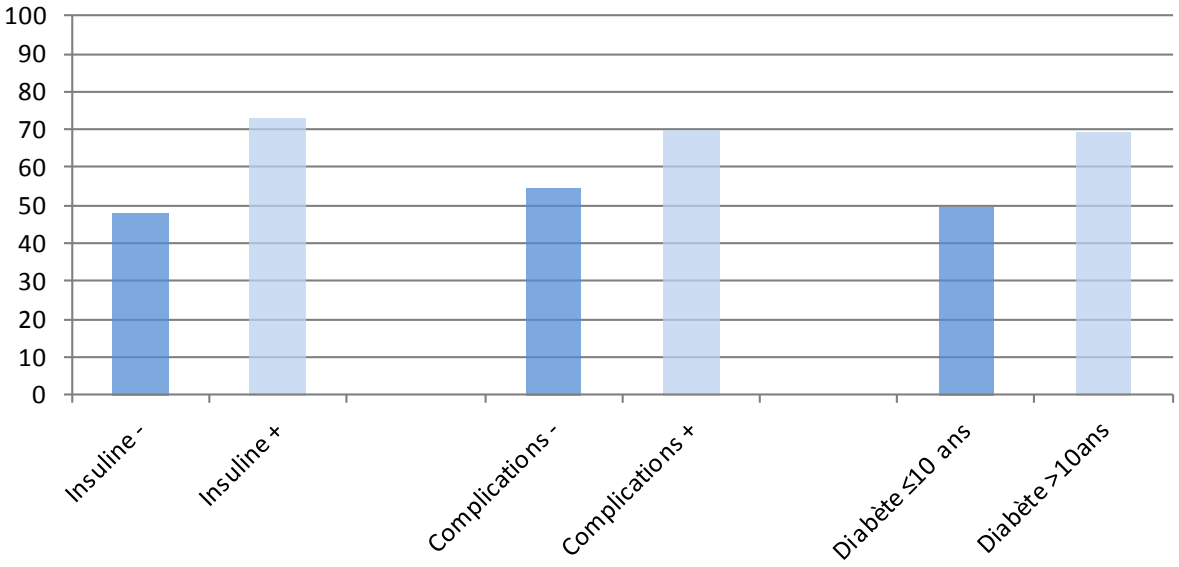


Figure 20 **Utilisation d'un instrument pour l'examen des pieds, parmi ceux·elles ayant reporté en avoir eu un dans les 12 derniers mois (%, n=344)**

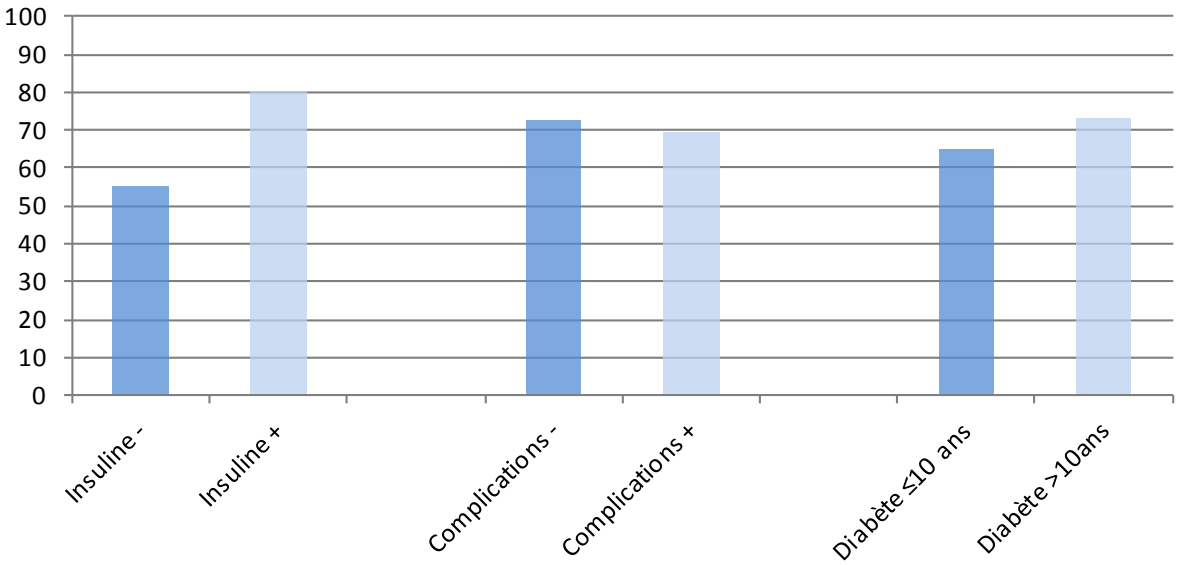


Figure 21 **Contrôle des urines durant les 12 derniers mois (microalbuminurie) (%, n=507)**

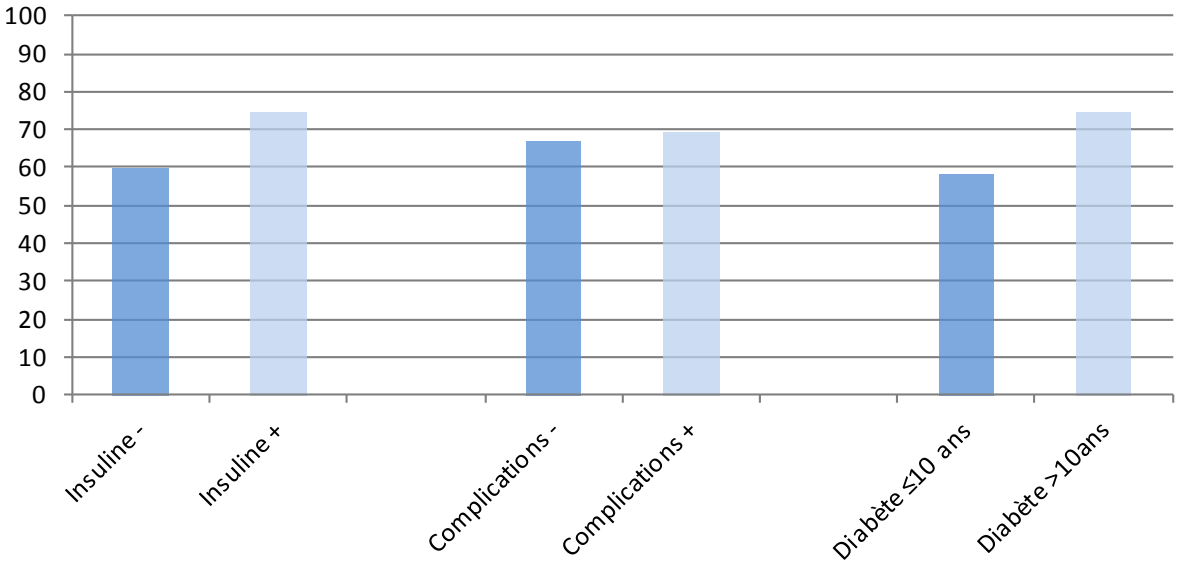


Figure 22 Contrôle de la tension artérielle durant les 12 derniers mois (%, n=506)

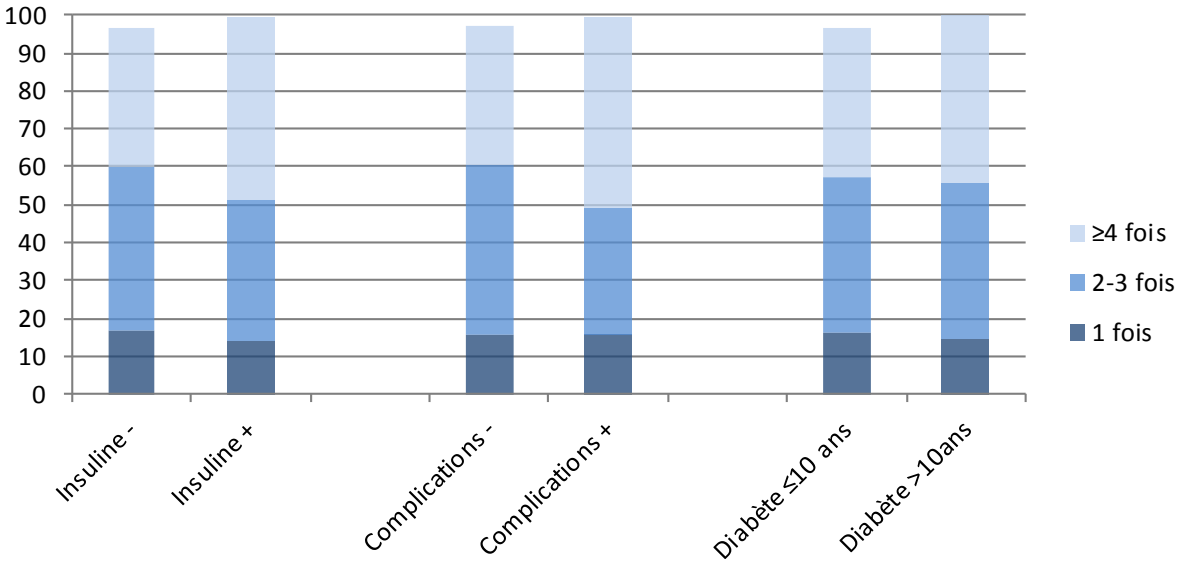


Figure 23 Contrôle du poids durant les 12 derniers mois (%, n=505)

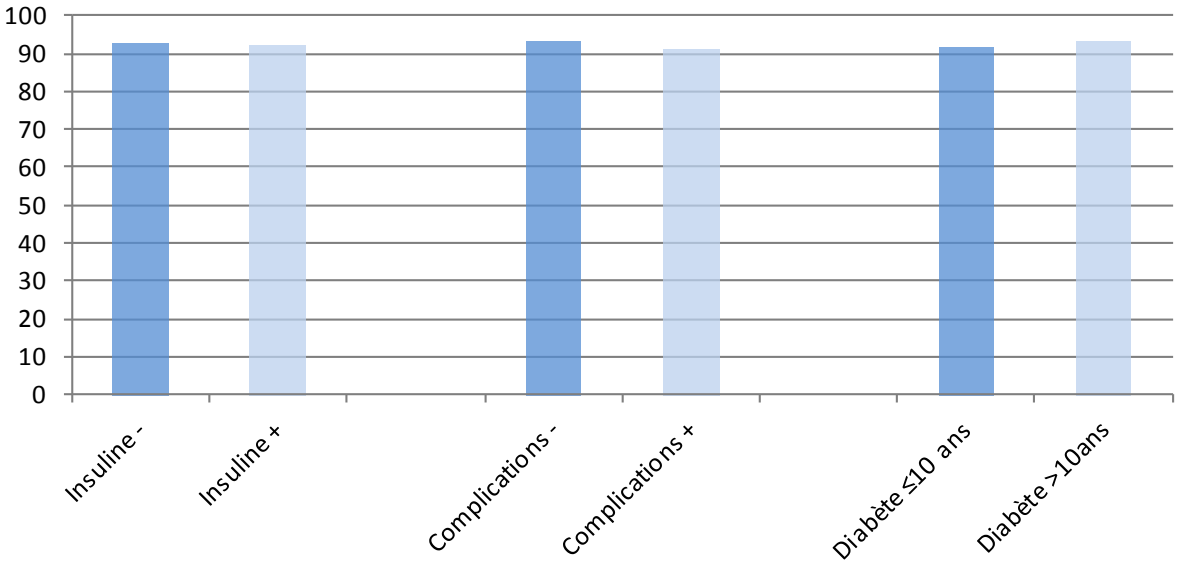


Figure 24 Vaccination grippale durant les 12 derniers mois (%, n=508)

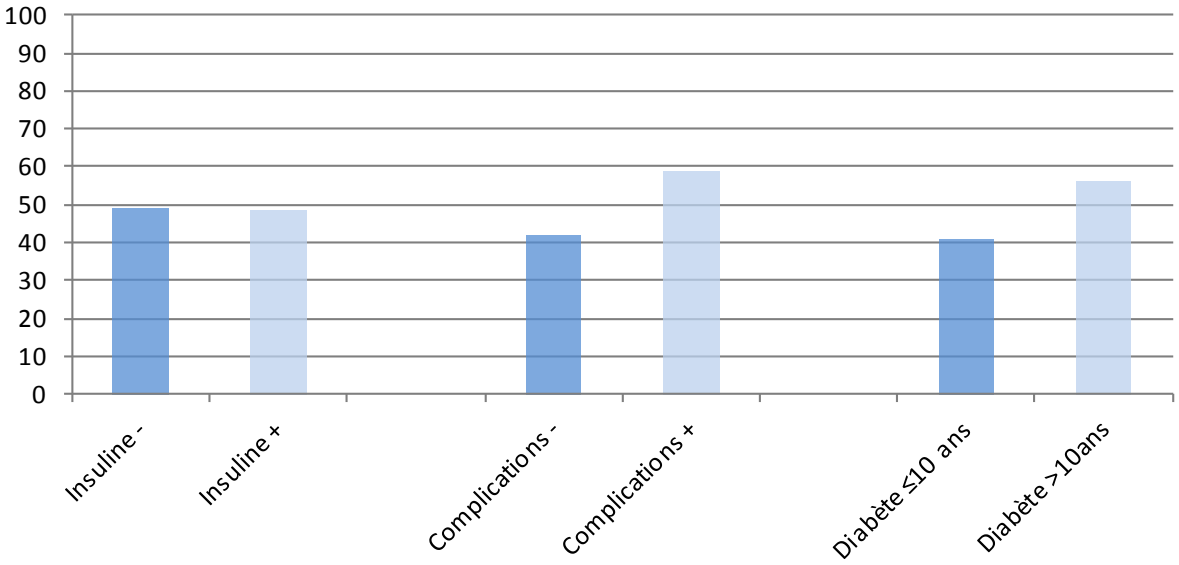


Figure 25 Recommandations diététiques par un·e professionnel·le de santé durant les 12 derniers mois (%, n=506)

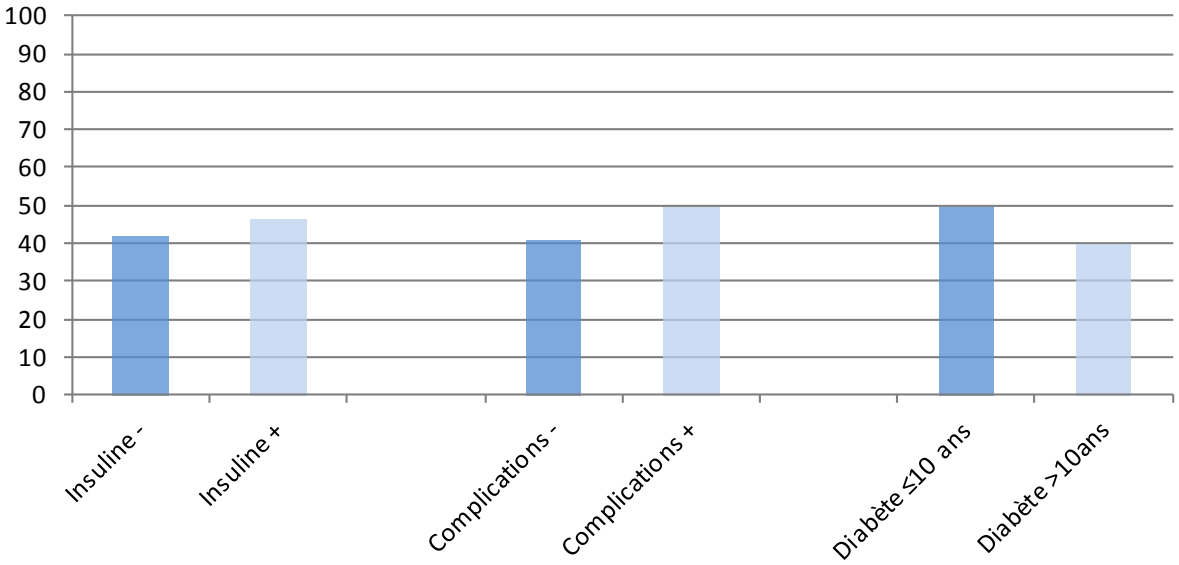
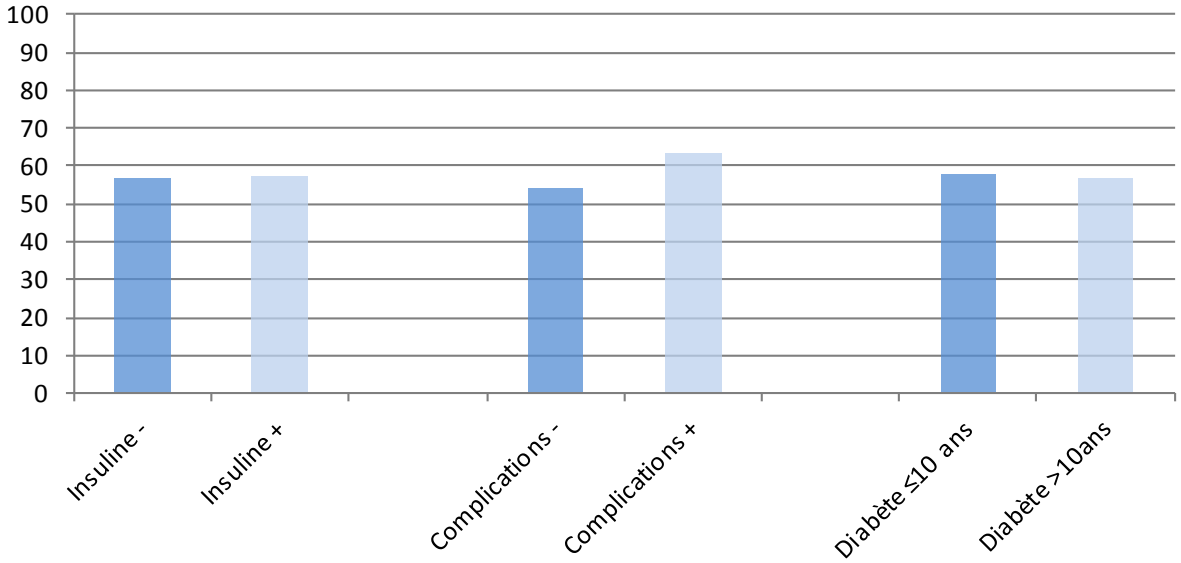


Figure 26 **Recommandations d'activité physique par un·e professionnel·le de santé durant les 12 derniers mois (%, n=505)**



Indicateurs de résultats

Tableau 33 Analyses de sous-groupes : HbA1c, scores de qualité de vie, tension artérielle et PACIC (moyennes)

	n	Insuline -	Insuline +	Comp. -	Comp. +	Diabète ≤ 10 ans	Diabète > 10 ans
HbA1c							
Valeur HbA1c *, %	(n=273)	6.8%	7.4%	7.1%	7.3%	6.9%	7.3%
Qualité de vie							
Générique (SF-12) **							
PCS (moyenne)	(n=500)	45.0	43.5	46.4	41.0	44.9	43.6
MCS (moyenne)	(n=500)	47.3	44.8	46.9	44.4	44.9	47.0
Spécifique (ADDQoL) †							
Score global (moyenne)	(n=510)	-1.1	-1.8	-1.1	-2.0	-1.4	-1.5
Tension artérielle							
Systolique, mmHg	(n=286)	131.6	134.4	131.5	134.9	131.0	133.9
Diastolique, mmHg	(n=276)	78.3	76.2	78.2	76.0	78.3	76.7
Prise en charge globale							
PACIC							
Score global (moyenne)	(n=496)	2.6	3.0	2.8	2.8	2.7	2.8

* Parmi les patient·e·s qui connaissaient l'HbA1c.

** 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 ; SF-12 : Short-Form 12 ; MCS : Mental component score ; PCS : Physical component score ; ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire

Figure 27 Catégories de valeurs d'HbA1c (n=273)

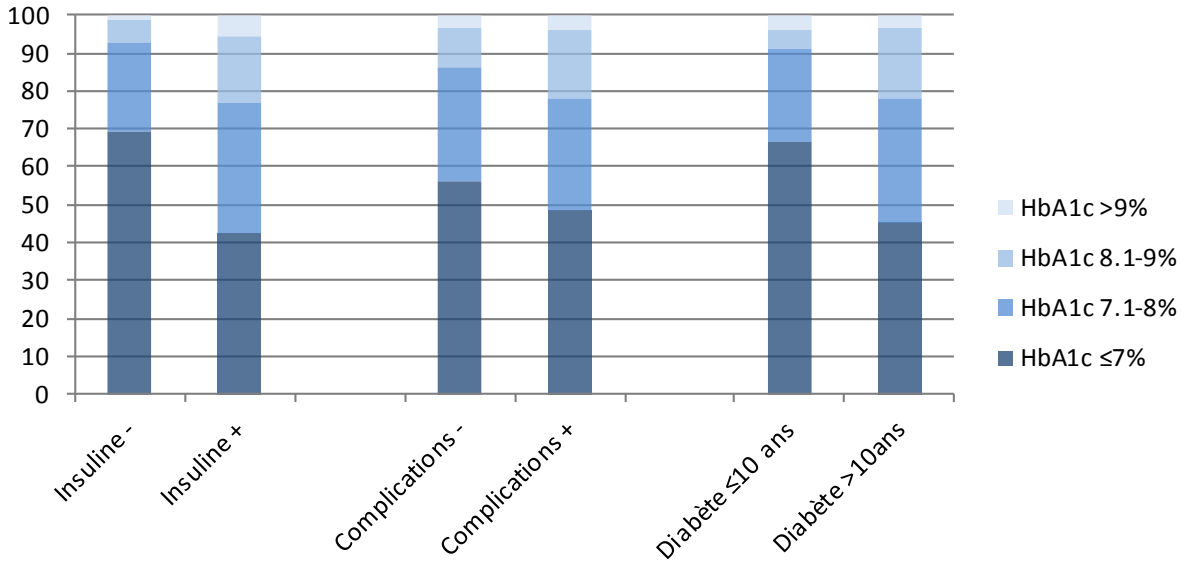


Figure 28 Scores des dimensions de qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), par type de traitement (moyennes)

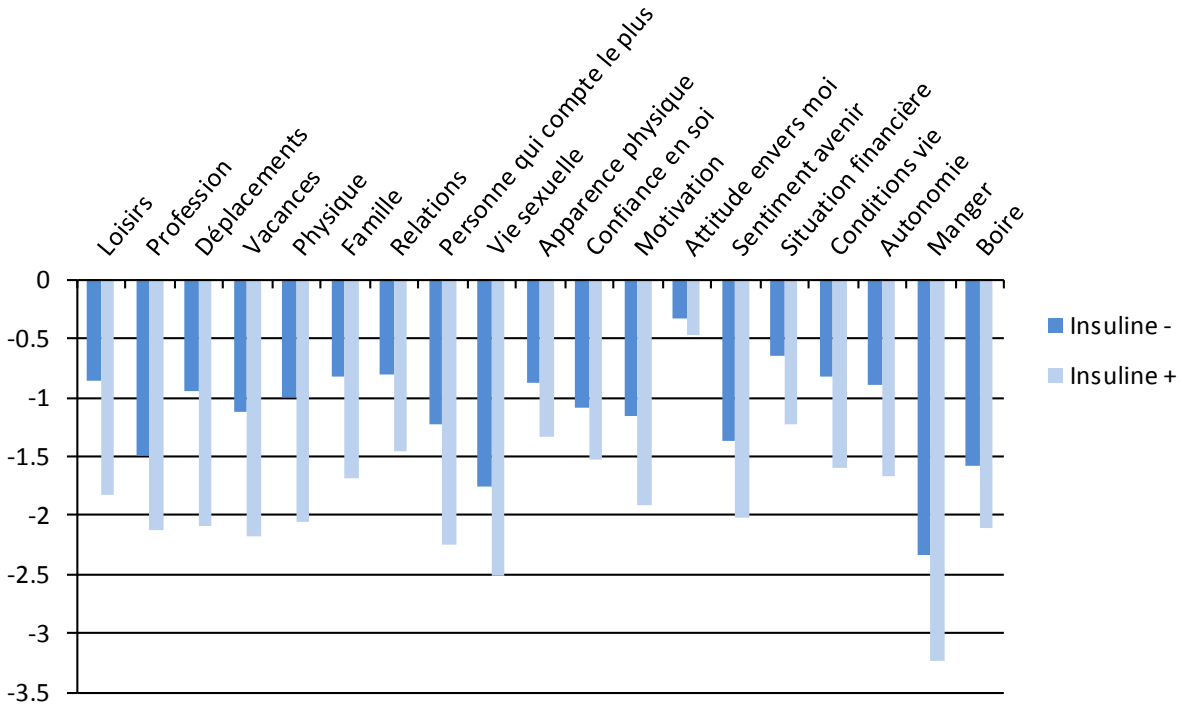


Figure 29 **Scores des dimensions de qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), en fonction de la présence de complications (moyennes)**

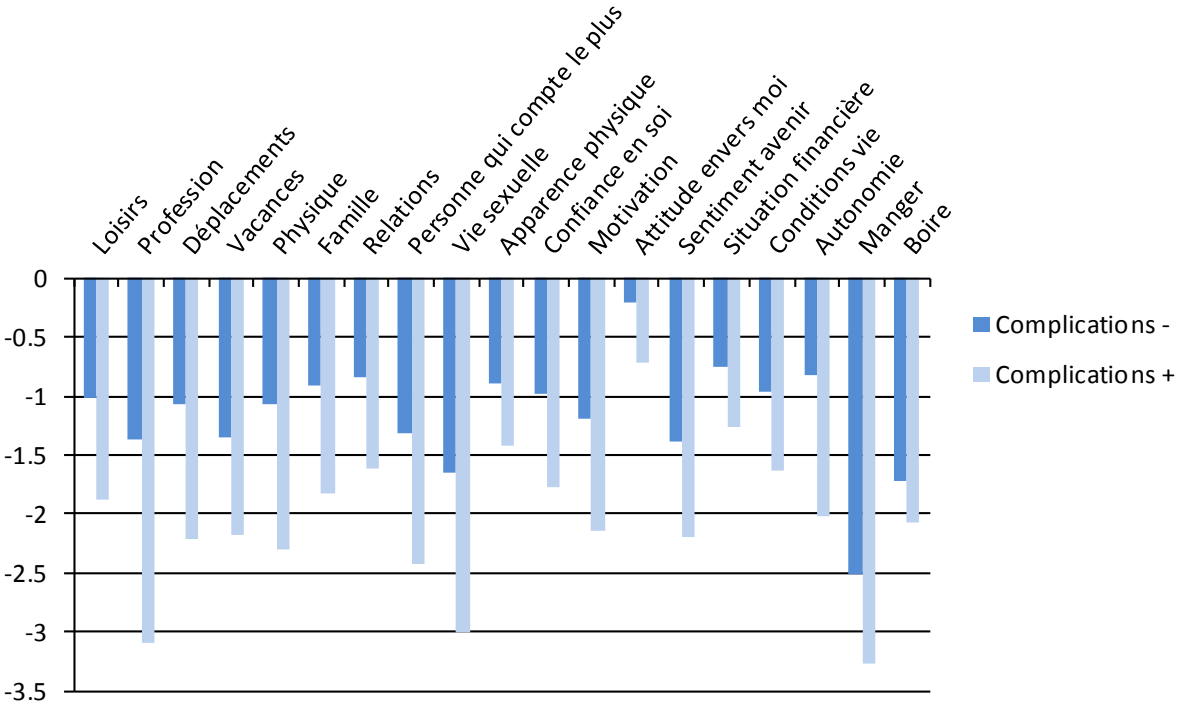
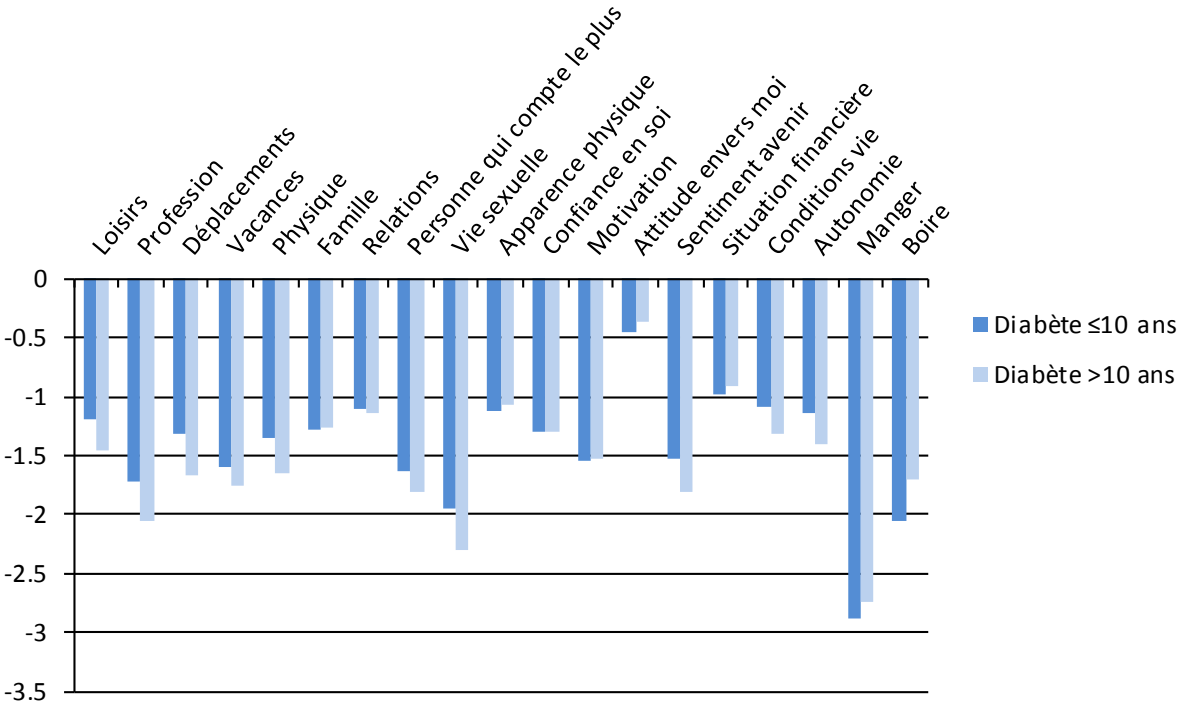


Figure 30 **Scores des dimensions de qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL), en fonction de la durée du diabète (moyennes)**



7.5 Résultats de CoDiab-VD de 2011 à 2017, recrutements et suivis

Tableau 34 Caractéristiques générales des patient·e·s

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %
Age	(n=519)	64.5 (11.3)	(n=395)	65.5 (10.8)	(n=339)	66.1 (10.4)	(n=323)	66.5 (10.6)	(n=295)	67.4 (10.3)	(n=276)	68.3 (10.0)	(n=514)	64.7 (13.5)
Femmes	(n=519)	40.3%	(n=395)	38.7%	(n=339)	37.5%	(n=323)	38.7%	(n=295)	38.0%	(n=276)	37.0%	(n=514)	43.0%
Etat civil	(n=516)		-		-		(n=323)		-		(n=271)		(n=507)	
Célibataire		8.3%		-		-		8.7%		-		9.6%		10.7%
Marié·e, en couple ou en partenariat		63.8%		-		-		65.9%		-		62.0%		58.0%
Séparé·e ou divorcé·e		16.7%		-		-		15.8%		-		17.0%		21.3%
Veuf·ve		11.2%		-		-		9.6%		-		11.4%		10.1%
Education	(n=504)		-		-		-		-		(n=263)		(n=482)	
Primaire		18.9%		-		-		-		-		14.1%		16.8%
Secondaire		56.2%		-		-		-		-		56.3%		51.5%
Tertiaire		25.0%		-		-		-		-		29.7%		31.7%
Activité professionnelle *	(n=503)		(n=380)		(n=335)		-		-		(n=270)		(n=501)	
Temps plein (80-100 %)		23.7%		21.1%		17.3%		-		-		14.1%		19.8%
Temps partiel (< 80 %)		8.4%		9.2%		9.9%		-		-		4.4%		9.6%
Retraité·e, rentier·ère (vieillesse)		-		63.7% §§		60.9%		-		-		70.7%		58.5%
Invalidité		-				5.7%		-		-		6.3%		6.2%
Chômage		-		1.8%		1.8%		-		-		1.9%		2.2%
Retraité·e		45.9%		-		-		-		-		-		-

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %
Chômage, au bénéfice de l'assurance invalidité		6.2%		-		-		-		-		-		-
Rentier·ère		10.7%		-		-		-		-		-		-
En formation		0.6%		0.0%		0.6%		-		-		0.4%		0.6%
Femme/homme au foyer		4.6%		4.2%		3.9%		-		-		2.2%		3.2%
Vit seul·e à domicile	(n=516)	26.7%	(n=386)	25.7%	(n=336)	23.2%	-	-	(n=292)	25.7%	(n=269)	27.9%	(n=504)	31.9%
Revenu brut du ménage **	(n=486)		(n=368)		-		-		(n=284)		(n=260)		(n=485)	
< 1er quartile		21.2%		19.8%		-		-		20.4%		23.5%		23.9%
1er quartile - < revenu médian		26.5%		31.0%		-		-		31.7%		28.9%		29.3%
Revenu médian - < 3ème quartile		27.8%		26.4%		-		-		26.1%		28.5%		26.8%
≥ 3ème quartile		17.3%		16.9%		-		-		12.0%		11.2%		11.6%
Ne sait pas		7.2%		6.0%		-		-		9.9%		8.1%		8.5%
Précarité financière †	-		-		(n=329)		(n=320)		(n=291)		(n=267)		(n=501)	
Oui		-		-		19.5%		22.8%		19.2%		27.7%		34.9%
Non		-		-		80.6%		77.2%		80.8%		72.3%		65.1%
Assurance maladie ††	(n=511)		(n=381)		(n=330)		(n=322)		(n=289)		(n=269)		(n=499)	
Assurance ordinaire avec franchise		84.5%		76.4%		78.2%		76.4%		72.3%		60.6%		64.7%
Modèle d'assurance alternatif §		12.9%		20.2%		18.2%		20.5%		24.9%		34.6%		29.3%
Autre		2.0%		2.1%		3.3%		2.8%		2.8%		3.0%		4.0%
Ne sait pas		0.6%		1.3%		0.3%		0.3%		0.0%		1.9%		2.0%
Subventions assurance maladie ††	(n=515)		(n=385)		(n=334)		(n=323)		(n=292)		(n=273)		(n=503)	
Oui		16.3%		15.3%		16.7%		17.3%		17.8%		18.0%		23.1%
Non		82.1%		82.6%		82.4%		82.4%		81.5%		81.3%		75.0%
Ne sait pas		1.6%		2.1%		0.9%		0.3%		0.7%		0.7%		2.0%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %	n	moyenne (DS) ou %
Nationalité	(n=515)		-		-		-		-		(n=269)		(n=505)	
Suisse		84.9%		-		-		-		-		85.5%		81.4%
Européenne		10.7%		-		-		-		-		10.0%		12.3%
Extra-européenne		1.2%		-		-		-		-		1.5%		1.8%
Suisse et autre nationalité		3.3%		-		-		-		-		3.0%		4.6%
Membre de l'AVD/diabètevaud	(n=516)	14.3%	(n=190)	32.1% ‡	(n=335)	17.3%	(n=322)	18.3%	(n=291)	20.3%	(n=272)	18.0%	(n=506)	11.9%

\- Données non disponibles.

* Les modalités de réponse à la question relative à l'activité professionnelle étaient présentées un peu différemment dans le questionnaire de 2011-2012 que dans celui de 2017, d'où la présence de modalités de réponses légèrement différentes.

** Les modalités de réponse à la question sur le revenu mensuel brut du ménage ont été ajustées en fonction des derniers chiffres de revenu moyen des contribuables vaudois

	Recrutement 2011-2012	Suivi 2013	Suivi 2016	Recrutement et Suivi 2017
≤ 1er quartile	≤ 3499 SFr	≤ 3599 SFr	≤ 3499 SFr	≤ 3499 SFr
1er quartile - < revenu médian	3500 - 5499 SFr	3600 - 5899 SFr	3500 - 5899 SFr	3500 - 5899 SFr
Revenu médian - < 3ème quartile	5500 - 9499 SFr	5900 - 9599 SFr	5900 - 9799 SFr	5900 - 9699 SFr
≥ 3ème quartile	≥ 9500 SFr	≥ 9600 SFr	≥ 9800 SFr	≥ 9700 SFr

† La précarité financière est définie par le fait d'avoir eu de la peine à payer ses factures au cours des 12 derniers mois.

†† Assurance de base obligatoire LAMal.

§ Modèle d'assurance de type réseau de médecins ou HMO, modèle médecin de famille, modèle avec consultation téléphonique au préalable/avant chaque visite médicale.

§§ Dans le questionnaire de suivi 2013, la modalité de réponses était groupée « Retraité(e), rentier(ère) (vieillesse, invalidité...) ». Ce pourcentage inclus donc les deux catégories « Retraité(e), rentier(ère) (vieillesse) » et « Invalidité ».

‡ Dans le questionnaire de 2013, la question « Etes-vous membre de l'AVD » était précédée d'une question filtre sur la connaissance de l'AVD, d'où un effectif de répondant·e·s plus restreint et un pourcentage plus élevé.

DS : déviation standard ; AVD : Association Vaudoise du Diabète.

Tableau 35 Habitudes de vie et état de santé

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Santé subjective	(n=509)		(n=385)		(n=331)		(n=315)		(n=293)		(n=274)		(n=505)	
Excellente		2.0%		2.30%		1.2%		1.0%		2.0%		1.1%		2.2%
Très bonne		12.2%		13.50%		15.4%		14.0%		11.6%		12.4%		13.1%
Bonne		64.2%		61.80%		59.8%		61.3%		60.4%		63.9%		62.2%
Médiocre		17.3%		20.30%		20.2%		22.2%		23.9%		20.8%		19.4%
Mauvaise		4.3%		2.10%		3.3%		1.6%		2.0%		1.8%		3.2%
Tabagisme actif	(n=509)	17.3%	(n=380)	16.30%	(n=328)	18.0%	(n=316)	18.4%	-	-	(n=270)	18.9%	(n=496)	18.8%
Indice de masse corporelle (kg/m²)	(n=481)		(n=366)		(n=324)		-		(n=286)		(n=271)		(n=487)	
Surpoids (IMC 25-29.9)		35.3%		33.90%		34.6%		-		35.3%		38.4%		37.8%
Obésité (IMC ≥ 30)		46.8%		46.70%		46.3%		-		43.7%		39.1%		43.1%
Activité physique *	(n=494)		(n=382)		(n=329)		(n=319)		-		(n=271)		(n=495)	
Inactivité **		29.8%		30.40%		31.3%		31.0%		-		30.6%		27.9%
Activité partielle †		15.8%		14.40%		17.3%		15.7%		-		18.1%		17.2%
Activité ††		54.5%		55.20%		51.4%		53.3%		-		51.3%		55.0%
Consommation d'alcool	(n=484)		(n=375)		(n=327)		-		-		(n=263)		(n=489)	
Consommation à risque (AUDIT-C : hommes ≥ 4, femmes ≥ 3)		48.4%		45.60%		45.0%		-		-		41.4%		42.3%
Comorbidités §	(n=505)		(n=384)		(n=331)		(n=321)		(n=289)		(n=270)		(n=495)	
Insuffisance cardiaque, maladie des valves ou du muscle cardiaque		16.6%		17.5%		16.9%		17.5%		18.7%		20.0%		14.8%
Maladie pulmonaire chronique (asthme, bronchite chronique, emphysème, etc.)		9.9%		10.2%		10.9%		10.0%		9.7%		10.4%		9.9%
Ostéoporose		3.4%		4.2%		5.1%		5.3%		4.5%		4.8%		3.6%
Arthrose ou arthrite		30.9%		32.6%		33.2%		30.5%		32.5%		32.2%		30.5%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cancer, tumeur maligne, lymphome (excepté cancer de la peau)		4.4%		4.7%		3.9%		4.4%		4.5%		4.1%		5.3%
Ulcère de l'estomac, duodénum		3.0%		1.8%		3.0%		1.6%		1.7%		3.0%		2.0%
Dépression		13.5%		8.9%		9.4%		10.0%		7.3%		8.9%		13.1%
Maladie de Parkinson		0.0%		0.3%		0.0%		0.3%		1.0%		0.7%		0.8%
Hypertension artérielle (pression / tension artérielle trop élevée)		48.3%		41.4%		44.1%		45.5%		47.8%		45.2%		42.4%
Cholestérol élevé dans le sang (graisses)		39.0%		33.6%		36.6%		34.9%		37.4%		34.8%		32.3%
Autre maladie chronique		13.9%		14.3%		13.9%		13.1%		17.7%		14.8%		13.9%
Nombre de comorbidités §§	(n=505)		(n=384)		(n=331)		(n=321)		(n=289)		(n=270)		(n=495)	
0		16.8%		18.20%		19.0%		20.6%		18.0%		17.8%		19.8%
1		27.5%		29.70%		27.2%		24.9%		25.6%		27.0%		30.9%
2		27.3%		28.10%		25.4%		29.3%		27.0%		29.3%		26.1%
≥ 3		28.3%		24.00%		28.4%		25.2%		29.4%		25.9%		23.2%
Screening positif pour la dépression	(n=503)	30.6%	-	-	(n=333)	30.9%	-	-	(n=293)	30.4%	(n=273)	28.6%	(n=502)	35.3%

* La question sur l'activité physique provient des enquêtes suisses sur la santés (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.

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

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

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

§ Plusieurs réponses possibles

§§ Si plusieurs autres maladies chroniques sont rapportées, une seule comorbidité supplémentaire est considérée dans le score de comorbidités.

‡ Toutes les comorbidités reportées depuis le début de la cohorte ont été contrôlées en 2014, et modifiées dans les bases de données si nécessaire. De ce fait les pourcentages reportés pour les données du recrutement et du suivi 2013 ne correspondent pas parfaitement à ce qui a été reporté dans les rapports initiaux.

IMC : indice de masse corporelle ; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption.

Tableau 36 Caractéristiques du diabète auto-rapportées par les participant·e·s

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Type de diabète (auto-rapporté)	-		-		-		-		-		-		(n=514)	
Type 1		-		-		-		-		-		-		10.9%
Type 2		-		-		-		-		-		-		74.3%
Divers		-		-		-		-		-		-		14.8%
Type de diabète (attribué) *	(n=519)		(n=395)		(n=339)		(n=323)		(n=295)		(n=276)		-	
Type 1		11.6%		11.9%		13.3%		13.6%		13.6%		12.3%		-
Type 2		84.6%		84.8%		83.8%		83.3%		83.1%		84.8%		-
Autre		3.9%		3.3%		3.0%		3.1%		3.4%		2.9%		-
Durée du diabète	(n=511)		-		-		-		-		-	-	(n=501)	
1-5 ans		27.6%		-		-		-		-		-		23.6%
6-10 ans		24.5%		-		-		-		-		-		20.4%
11-15 ans		18.6%		-		-		-		-		-		20.8%
16-20 ans		11.9%		-		-		-		-		-		16.8%
> 20 ans		17.4%		-		-		-		-		-		18.6%
Traitement **	(n=517)		(n=386)		(n=335)		(n=322)		(n=294)		(n=275)		(n=513)	
Antidiabétique oral (ADO)		50.7%		45.6%		43.6%		41.9%		40.5%		42.2%		43.5%
Insuline seule		21.7%		20.2%		22.1%		20.5%		23.1%		22.6%		16.8%
ADO et insuline		27.1%		22.0%		22.4%		24.2%		22.5%		21.8%		24.0%
ADO et autre injection que de l'insuline		-		4.2%		3.3%		4.4%		2.7%		3.6%		6.2%
Insuline et autre injection		-		1.8%		3.3%		2.2%		2.4%		2.9%		2.1%
ADO, insuline et autre injection		-		4.4%		3.3%		5.3%		5.8%		5.1%		6.6%
Autre injection que de l'insuline (uniquement)		-		0.8%		0.3%		0.9%		1.7%		0.7%		0.6%
Aucun/ne sait pas		0.6%		1.0%		1.2%		0.6%		1.4%		1.1%		0.2%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Complications liées au diabète †, ††	(n=504)		(n=378)		-		-		(n=288)		(n=270)		(n=501)	
Infarctus, crise cardiaque, angine de poitrine		11.1%		12.2%		-		-		11.1%		8.9%		9.0%
Accident vasculaire cérébral (AVC)		3.4%		5.3%		-		-		5.6%		4.8%		4.0%
Problèmes de vue (atteinte de la rétine, y compris traitement laser) §		17.9%		17.2%		-		-		17.4%		14.4%		10.2%
Problème de reins ne nécessitant pas de dialyse (insuffisance rénale)		4.4%		6.6%		-		-		9.0%		8.2%		7.0%
Dialyses régulières ou greffe de rein		1.0%		0.8%		-		-		1.4%		1.5%		0.2%
Douleurs ou perte de sensibilité aux pieds		22.4%		19.8%		-		-		26.0%		19.3%		17.4%
Ulcères ou plaies des pieds		4.0%		2.1%		-		-		4.5%		3.7%		2.8%
Amputation de membre inférieur		2.6%		1.3%		-		-		2.8%		3.0%		1.6%
Hypo/hyper-glycémie sévère		10.5%		6.6%		-		-		6.9%		7.4%		7.0%
Nombre de complications rapportées					-		-							
0 complication		52.6%		52.7%		-		-		50.0%		53.0%		62.7%
1 complication		30.6%		31.5%		-		-		30.6%		33.0%		25.2%
2 complications		10.7%		10.6%		-		-		11.8%		9.3%		8.6%
≥ 3 complications		6.2%		5.3%		-		-		7.6%		4.8%		3.6%
Neuropathie	(n=504)	25.0%	(n=378)	21.7%					(n=288)	30.2%	(n=270)	24.1%	(n=501)	18.0%
Complications microvasculaires §§	(n=504)	21.6%	(n=378)	22.0%		-		-	(n=288)	23.6%	(n=270)	21.1%	(n=501)	16.0%
Complications macrovasculaires ‡	(n=504)	35.1%	(n=378)	34.1%		-		-	(n=288)	38.2%	(n=270)	31.1%	(n=501)	25.6%
Compliance médicamenteuse (Score de Morisky)			-		-		-		-					
Oublier de prendre ses médicaments	(n=516)	19.0%		-		-		-		-	(n=274)	16.4%	(n=510)	18.4%
Ne pas se soucier de prendre ses médicaments	(n=511)	6.1%		-		-		-		-	(n=273)	5.1%	(n=505)	5.7%
Arrêter de prendre ses médicaments lorsque se sent mieux	(n=513)	2.1%		-		-		-		-	(n=273)	1.8%	(n=507)	2.4%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arrêter de prendre ses médicaments car se sent plus mal après les avoir pris	(n=501)	2.8%	-		-		-		-		(n=272)	2.2%	(n=503)	3.0%
Score global ‡‡	(n=495)		-		-		-		-		(n=274)		(n=513)	
0		76.6%	-		-		-		-			79.9%		76.6%
1		18.6%	-		-		-		-			16.1%		18.5%
2		3.6%	-		-		-		-			2.9%		4.1%
3		1.2%	-		-		-		-			0.7%		0.6%
4		0.0%	-		-		-		-			0.4%		0.2%

- Données non disponibles.

* Après le suivi 2013, le type de diabète a été attribué pour tous les patient·e·s ayant été recrutés en 2011-2012, sur la base des données auto-rapportées par les patient·e·s et celles rapportées par les médecins traitant, et avec l'aide d'une diabétologue pour les cas ambigus.

** Les modalités de réponse à la question sur le traitement antidiabétique différaient entre les deux recrutements ; en 2017, la possibilité de rapporter un traitement incluant une autre injection que de l'insuline était proposée, alors qu'en 2011-2012 elle n'existait pas.

† Plusieurs réponses possibles.

†† Les complications rapportées au recrutement 2011-2012 ont été contrôlées en 2014 ; des corrections ont été apportées pour trois patient·e·s. De ce fait, les pourcentages reportés pour ces données peuvent varier légèrement comparé à ce qui a été reporté dans les rapports rédigés avant 2014.

§ Cataracte, glaucome et DMLA non-compris.

§§ Complications microvasculaires : problèmes de vue et complications rénales (insuffisance rénale et dialyse).

‡ Complications macrovasculaires : cœur, AVC, douleurs/perte de sensibilité et ulcères des pieds, amputations.

‡‡ Score possible de 0 à 4, un score de 0 indiquant une très bonne compliance médicamenteuse.

ADO : antidiabétique oral ; AVC : accident vasculaire cérébral ; DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Tableau 37 Critères d'évaluation primaire : Indicateurs de processus (12 derniers mois)

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]
Contrôle HbA1c (parmi les patient·e·s connaissant l'HbA1c)	(n=282)		(n=302)		(n=265)		(n=266)		(n=251)		(n=231)		(n=389)	
1 x		14.5% [10.4-18.7%]		14.6% [10.6%-18.6%]		12.1% [8.1%-16.0%]		14.7% [10.4%-18.9%]		13.9% [9.6-18.3%]		14.3% [9.7-18.8%]		14.1% [10.7-17.6%]
≥ 2 x		83.7% [79.3-88.0%]		82.1% [77.8%-86.5%]		84.2% [79.7%-88.6%]		82.7% [78.1%-87.3%]		84.5% [79.9-89.0%]		82.3% [77.3-87.2%]		83.8% [80.1-87.5%]
Non		1.1% [-0.1-2.3%]		2.0% [0.4%-3.6%]		3.4% [1.2%-5.6%]		1.5% [0.0%-3.0%]		1.2% [-0.2-2.5%]		2.6% [0.5-4.7%]		1.0% [0.0-2.0%]
Ne sait pas		0.7% [-0.3-1.7%]		1.3% [0.0%-2.6%]		0.4% [-0.4%-1.1%]		1.1% [-0.1%-2.4%]		0.4% [-0.4-1.2%]		0.9% [-0.3-2.1%]		1.0% [0.0-2.0%]
Contrôle chez l'ophtalmologue	(n=511)		(n=386)		(n=328)		(n=323)		(n=290)		(n=272)		(n=510)	
< 1 an		58.1% [53.8-62.4%]		71.0% [66.4%-75.5%]		70.4% [65.5%-75.4%]		70.3% [65.3%-75.3%]		75.9% [70.9-80.8%]		68.8% [63.2-74.3%]		62.4% [58.1-66.6%]
1-2 ans		17.6% [14.3-20.9%]		14.0% [10.5%-17.5%]		15.5% [11.6%-19.5%]		16.4% [12.3%-20.5%]		15.9% [11.6-20.1%]		18.4% [13.8-23.0%]		16.3% [13.1-19.5%]
> 2 ans		13.1% [10.2-16.0%]		8.8% [6.0%-11.6%]		7.0% [4.2%-9.8%]		9.3% [6.1%-12.5%]		5.9% [3.1-8.6%]		8.8% [5.4-12.2%]		10.2% [7.6-12.8%]
Jamais		9.6% [7.0-12.2%]		4.7% [2.6%-6.8%]		4.9% [2.5%-7.2%]		3.7% [1.6%-5.8%]		1.7% [0.2-3.2%]		3.3% [1.2-5.4%]		9.6% [7.0-12.2%]
Ne sait pas		1.6% [0.5-2.6%]		1.6% [0.3%-2.8%]		2.1% [0.6%-3.7%]		0.3% [-0.3%-0.9%]		0.7% [-0.3-1.6%]		0.7% [-0.3-1.8%]		1.6% [0.5-2.7%]

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]
Contrôle des lipides	(n=513)		(n=387)		(n=327)		(n=316)		(n=290)		(n=271)		(n=508)	
Oui		94.2% [92.1-96.2%]		92.2% [89.6%-94.9%]		94.2% [91.6%-96.7%]		95.9% [93.7%-98.1%]		93.8% [91.0-96.6%]		93.0% [89.9-96.0%]		91.7% [89.3-94.1%]
Non		3.3% [1.8-4.9%]		5.7% [3.4%-8.0%]		4.3% [2.1%-6.5%]		2.8% [1.0%-4.7%]		4.5% [2.1-6.9%]		5.2% [2.5-7.8%]		5.3% [3.4-7.3%]
Ne sait pas		2.5% [1.2-3.9%]		2.1% [0.6%-3.5%]		1.5% [0.2%-2.9%]		1.3% [0.0%-2.5%]		1.7% [0.2-3.2%]		1.8% [0.2-3.5%]		3.0% [1.5-4.4%]
Contrôle des pieds effectué par un·e professionnel·le de santé	-		(n=380)		(n=322)		(n=315)		(n=286)		(n=270)		(n=499)	
Oui		-		57.9% [52.9%-62.9%]		61.8% [56.5%-67.1%]		65.1% [59.8%-70.4%]		69.6% [64.2-74.9%]		70.4% [64.9-75.9%]		60.3% [56.0-64.6%]
Non		-		41.8% [36.9%-46.8%]		36.3% [31.1%-41.6%]		34.6% [29.3%-39.9%]		29.7% [24.4-35.0%]		29.3% [23.8-34.7%]		38.7% [34.4-43.0%]
Ne sait pas		-		0.3% [-0.3%-0.8%]		1.9% [0.4%-3.3%]		0.3% [-0.3%-0.9%]		0.7% [-0.3-1.7%]		0.4% [-0.4-1.1%]		1.0% [0.1-1.9%]
Un monofilament ou un diapason a été utilisé pour ce contrôle (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle des pieds dans les 12 mois)	-		(n=216)		(n=196)		(n=203)		(n=196)		(n=190)		(n=299)	
Oui		-		60.6% [54.1%-67.2%]		68.9% [62.3%-75.4%]		68.5% [62.0%-74.9%]		70.4% [64.0-76.9%]		71.6% [65.1-78.1%]		70.2% [65.0-75.4%]
Non		-		37.5% [31.0%-44.0%]		27.6% [21.2%-33.9%]		27.6% [21.4%-33.8%]		26.0% [19.8-32.2%]		27.4% [21.0-33.8%]		26.4% [21.4-31.4%]
Ne sait pas		-		1.9% [0.04%-3.7%]		3.6% [1.0%-6.2%]		3.9% [1.2%-6.6%]		3.6% [1.0-6.2%]		1.1% [-0.4-2.5%]		3.3% [1.3-5.4%]

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]
Contrôle des pieds effectué par un·e médecin ou un·e infirmier·ère	(n=506)		-		-		-		-		-		-	
Oui		68.2% [64.1-72.3%]		-		-		-		-		-		-
Non		31.8% [27.7-35.9%]		-		-		-		-		-		-
Ne sait pas		0.0% [0.0-0.0%]		-		-		-		-		-		-
Contrôle des urines (microalbuminurie)	(n=512)		(n=387)		(n=328)		(n=313)		(n=289)		(n=271)		(n=507)	
Oui		63.3% [59.1-67.5%]		72.4% [67.9%-76.8%]		67.4% [62.3%-72.5%]		73.8% [68.9%-78.7%]		75.1% [70.1-80.1%]		75.3% [70.1-80.4%]		67.5% [63.4-71.5%]
Non		21.9% [18.3-25.5%]		18.6% [14.7%-22.5%]		22.6% [18.0%-27.1%]		16.9% [12.8%-21.1%]		17.6% [13.2-22.1%]		18.5% [13.8-23.1%]		21.9% [18.3-25.5%]
Ne sait pas		14.8% [11.8-17.9%]		9.0% [6.2%-11.9%]		10.1% [6.8%-13.3%]		9.3% [6.0%-12.5%]		7.3% [4.3-10.3%]		6.3% [3.4-9.2%]		10.7% [8.0-13.3%]
Contrôle de la tension artérielle	(n=509)		(n=389)		(n=333)		(n=316)		(n=291)		(n=273)		(n=506)	
1 x		12.4% [9.5-15.2%]		10.0% [7.0%-13.0%]		13.2% [9.6%-16.9%]		12.3% [8.7%-16.0%]		10.3% [6.8-13.8%]		13.2% [9.1-17.2%]		15.4% [12.3-18.6%]
2-3 x		41.7% [37.4-45.9%]		41.6% [36.7%-46.6%]		36.3% [31.1%-41.5%]		44.3% [38.8%-49.8%]		44.3% [38.6-50.1%]		45.1% [39.1-51.0%]		40.1% [35.8-44.4%]
≥ 4 x		43.4% [39.1-47.7%]		46.5% [41.6%-51.5%]		48.3% [43.0%-53.7%]		42.1% [36.6%-47.6%]		44.3% [38.6-50.1%]		40.7% [34.8-46.5%]		42.5% [38.2-46.8%]
Non		1.8% [0.6-2.9%]		1.3% [0.2%-2.4%]		1.5% [0.2%-2.8%]		1.3% [0.0%-2.5%]		0.7% [-0.3-1.6%]		1.1% [-0.1-2.3%]		1.8% [0.6-2.9%]
Ne sait pas		0.8% [0.0-1.6%]		0.5% [-0.2%-1.2%]		0.6% [-0.2%-1.4%]		0.0%		0.3% [-0.3-1.0%]		0.0% [0.0-0.0%]		0.2% [-0.2-0.6%]

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]
Contrôle du poids	(n=507)		(n=386)		(n=332)		(n=313)		(n=291)		(n=270)		(n=505)	
Oui		93.3% [91.1-95.5%]		90.9% [88.1%-93.8%]		91.9% [88.9%-94.8%]		91.1% [87.9%-94.2%]		92.4% [89.4-95.5%]		93.7% [90.8-96.6%]		92.7% [90.4-95.0%]
Non		6.3% [4.2-8.4%]		8.8% [6.0%-11.6%]		7.5% [4.7%-10.4%]		9.0% [5.8%-12.1%]		7.6% [4.5-10.6%]		6.3% [3.4-9.2%]		6.7% [4.5-8.9%]
Ne sait pas		0.4% [-0.2-0.9%]		0.3% [-0.3%-0.8%]		0.6% [-0.2%-1.4%]		0.0%		0.0%		0.0% [0.0-0.0%]		0.6% [-0.1-1.3%]
Vaccination grippale	(n=514)		(n=386)		(n=331)		(n=315)		(n=292)		(n=272)		(n=508)	
Oui		63.8% [59.6-68.0%]		62.7% [57.8%-67.5%]		63.4% [58.2%-68.7%]		64.4% [59.1%-69.8%]		65.4% [59.9-70.9%]		65.4% [59.8-71.1%]		48.6% [44.3-53.0%]
Non, proposé mais refusé		-		22.8% [18.6%-27.0%]		23.3% [18.7%-27.8%]		25.1% [20.3%-29.9%]		20.9% [16.2-25.6%]		21.3% [16.4-26.2%]		29.1% [25.2-33.1%]
Non, proposé mais vaccin non disponible		-		-		0.9% [-0.1%-1.9%]		0.3% [-0.3%-0.9%]		1.0% [-0.1-2.2%]		1.1% [-0.1-2.4%]		1.6% [0.5-2.7%]
Non, pas proposé		-		13.7% [10.3%-17.2%]		12.4% [8.8%-16.0%]		10.2% [6.8%-13.5%]		12.7% [8.8-16.5%]		11.0% [7.3-14.8%]		19.7% [16.2-23.2%]
Non		36.0% [31.8-40.2%]				-		-		-		-		-
Ne sait pas		0.2% [-0.2-0.6%]		0.8% [-0.1%-1.7%]		0.0%		0.0%		0.0%		1.1% [-0.1-2.4%]		1.0% [0.1-1.8%]
Recommandations diététiques, écrites ou orales, par un·e professionnel·le de santé *	-		-		-		(n=315)		-		(n=273)		(n=506)	
Oui		-		-		-		37.5% [32.1%-42.8%]		-		33.0% [27.4-38.6%]		44.1% [39.7-48.4%]
Non		-		-		-		60.3% [54.9%-65.7%]		-		65.9% [60.3-71.6%]		55.7% [51.4-60.1%]
Ne sait pas		-		-		-		2.2% [54.9%-65.7%]		-		1.1% [-0.1-2.3%]		0.2% [-0.2-0.6%]

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]
Recommandations diététiques, écrites ou orales, lors d'une consultation chez le médecin	(n=510)		(n=386)		-		-		-		-		-	
Oui		49.0% [44.7-53.4%]		45.6% [40.6%-50.6%]		-		-		-		-		-
Non		50.6% [46.2-54.9%]		53.4% [48.4%-58.4%]		-		-		-		-		-
Ne sait pas		0.4% [-0.2-0.9%]		1.0% [0.0%-2.1%]		-		-		-		-		-
Recommandations d'activité physique par un·e professionnel·le de santé	-		-		-		(n=310)		-		(n=271)		(n=505)	
Oui		-		-		-		60.3% [54.8%-65.8%]		-		49.8% [50.1-43.8%]		57.0% [52.7-61.4%]
Non		-		-		-		38.4% [32.9%-43.8%]		-		48.7% [50.1-42.7%]		42.0% [37.7-46.3%]
Ne sait pas		-		-		-		1.3% [0.0%-2.6%]		-		1.5% [12.1-0.0%]		1.0% [0.1-1.9%]
Recommandations d'activité physique, lors d'une consultation chez le médecin	(n=509)		(n=387)		-		-		-		-		-	
Oui		69.4% [65.3-73.4%]		66.4% [61.7%-71.1%]		-		-		-		-		-
Non		30.3% [26.3-34.3%]		33.6% [28.9%-38.3%]		-		-		-		-		-
Ne sait pas		0.4% [-0.2-0.9%]		0%		-		-		-		-		-

* En 2015, cette question ne couvre que les 12 derniers mois, alors qu'en 2017 c'est depuis le diagnostic du diabète

Tableau 38 Contrôle des pieds

	Suivi 2013		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%
Patient·e·s ayant eu un contrôle des pieds effectué par un·e professionnel·le de santé	(n=380)	57.9%	(n=270)	70.4%	(n=499)	60.3%
Un monofilament ou un diapason a été utilisé pour ce contrôle (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle des pieds dans les 12 mois)	(n=216)		(n=190)		(n=299)	
Oui		60.7%		71.6%		70.2%
Non		37.5%		27.4%		26.4%
Ne sait pas		1.9%		1.1%		3.3%
Professionnel·le de santé ayant effectué le contrôle des pieds (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle des pieds dans les 12 mois)	(n=217)		(n=188)		(n=298)	
Médecin		61.8%		52.4%		71.5%
Infirmier·ère		3.7%		4.8%		6.0%
Podologue		19.8%		15.4%		9.7%
Médecin et infirmier·ère		1.4%		1.1%		3.7%
Médecin et podologue		12.0%		9.0%		6.4%
Médecin, infirmier·ère et podologue		0.9%		0.5%		0.7%
Infirmier·ère et podologue		0.5%		1.1%		1.7%
Ne sais pas		0.0%		1.1%		0.3%
Niveau de risque précisé par le·la professionnel·le de santé (parmi les patient·e·s rapportant un contrôle dans les 12 mois)	-		(n=188)		(n=297)	
Risque faible		-		48.9%		50.2%
Risque augmenté		-		22.9%		17.5%
Risque élevé		-		3.2%		3.0%
Risque très élevé		-		0.5%		2.4%
Ne sait pas/rien précisé		-		24.5%		26.9%
Discussion avec le·la médecin ou un·e autre professionnel·le de santé sur la prévention des risques de complications au niveau des pieds (12 mois)	-	-	(n=267)	46.4%	(n=501)	38.3%

	Suivi 2013		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%
Antécédents de problèmes de pieds						
Plaie ou coupure à un pied ou une jambe ayant mis plus de 2 semaines à cicatriser	(n=374)	21.9%	(n=270)	19.6%	(n=494)	16.2%
Ulcère aux pieds	(n=368)	1.1%	(n=252)	4.4%	(n=469)	1.7%
Amputé d'un orteil, d'un pied ou d'une jambe	(n=369)	2.4%	(n=253)	4.0%	(n=470)	1.7%
Revascularisation du membre inférieur	(n=367)	4.6%	(n=254)	5.1%	(n=469)	3.0%
Problèmes de pieds actuels						
Ulcère, plaie ou cloque à un pied	(n=369)	4.9%	(n=264)	4.9%	(n=474)	5.3%
Chaussettes tâchées de sang, de suintement	(n=367)	1.4%	(n=258)	0.0%	(n=466)	0.6%
Callosités aux pieds	(n=367)	43.6%	(n=258)	37.2%	(n=477)	43.2%
Impression d'engourdissement, de picotement, de fourmillement ou de démangeaison aux pieds	(n=366)	34.2%	(n=261)	32.2%	(n=481)	29.7%
Rigidité, lourdeurs, douleurs ou crampes aux pieds ou aux jambes	(n=371)	49.6%	(n=262)	45.4%	(n=485)	49.5%

Tableau 39 Autres indicateurs de processus (sans fenêtre de temps)

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Surveillance glycémique à domicile	(n=511)		(n=386)		-		-		(n=270)		(n=508)	
Oui		81.6%		87.1%		-		-		87.4%		83.1%
Non		18.4%		13.0%		-		-		12.6%		16.9%
Surveillance glycémique proposée par médecin (si pas de surveillance glycémique à domicile)	(n=91)		-		-		-		(n=33)		(n=85)	
Oui		26.4%		-		-		-		39.4%		28.2%
Non		73.6%		-		-		-		57.6%		69.4%
Ne sait pas		0.0%		-		-		-		3.0%		2.4%
Recommandations de cessation tabagique	(n=509)		(n=380)		(n=328)		(n=316)		(n=270)		(n=495)	
Non-fumeur·euse ou fumeur·euse actuel·le qui a reçu des recommandations		94.9%		94.7%		92.1%		91.1%		90.7%		90.3%
Fumeur·euse actuel·le sans recommandations		5.1%		5.3%		7.9%		8.9%		9.3%		9.7%
Participation à un cours sur la gestion du diabète depuis le diagnostic du diabète *	-		-		-		(n=319)		(n=271)		(n=510)	
Participation l'année suivant le diagnostic		-		-		-		22.9%		19.9%		19.6%
Participation plus d'une année après le diagnostic		-		-		-		12.2%		11.1%		11.4%
Participation suite à une hospitalisation		-		-		-		3.1%		3.3%		4.1%
Participation suite à une complication du diabète		-		-		-		2.5%		1.9%		0.8%
Participation suite à l'introduction d'une insulinothérapie		-		-		-		6.3%		7.0%		5.9%
Jamais participé		-		-		-		62.4%		62.4%		64.1%
Ne sait pas		-		-		-		1.3%		1.5%		1.2%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participation à un cours sur la gestion du diabète depuis le diagnostic du diabète	(n=507)		(n=376)		Dans les 12 mois		(n=319)		(n=271)		(n=510)	
Oui		32.7%		32.2%	-			36.4%		36.2%		34.7%
Non		67.1%		67.6%		-		62.4%		62.4%		64.1%
Ne sait pas		0.2%		0.3%		-		1.3%		1.5%		1.2%
Forme sous laquelle a été dispensé le cours (pour ceux·elles ayant suivi un cours)	-		-		-		(n=114)		(n=96)		(n=172)	
Cours individuel		-		-		-		15.8%		17.7%		32.0%
Cours en groupe		-		-		-		72.8%		70.8%		61.1%
Cours en individuel et cours en groupe		-		-		-		11.4%		11.5%		7.0%
Si jamais participé, pour quelles raisons *	-		(n=268)		-		-		(n=169)		(n=327)	
N'a jamais entendu parler de ces cours		-		17.2%		-		-		10.7%		29.1%
Jamais proposé		-		42.9%		-		-		41.4%		47.7%
Pas intéressé		-		33.2%		-		-		47.9%		27.5%
Pas de cours dans la région		-		3.4%		-		-		2.4%		1.2%
Horaires ne conviennent pas, les offres sont trop éloignées		-		6.3%		-		-		3.6%		3.4%
Trop cher		-		1.9%		-		-		0.8%		2.1%
Autre raison		-		14.9%		-		-		11.8%		15.6%
Connaissance du passeport diabète	(n=516)	18.4%	(n=369)	47.2%	(n=326)	50.6%	(n=314)	54.1%	(n=270)	29.3%	(n=492)	14.2%
Utilisation du passeport diabète (pour ceux·elles qui le connaissent)	(n=90)		-		-		-		(n=77)		(n=68)	
Jamais		38.9%		-		-		-		62.3%		52.9%
Rarement		24.4%		-		-		-		23.4%		16.2%
Souvent		14.4%		-		-		-		7.8%		8.8%
Toujours		22.2%		-		-		-		6.5%		22.1%

- Données non disponibles au recrutement 2011-2012.

* Plusieurs réponses possibles.

Tableau 40 Utilisation des services de santé (12 derniers mois)

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Visite chez le·la médecin de famille, interniste, généraliste	(n=473)		(n=372)		(n=314)		-		-		(n=255)		(n=472)	
1 x		12.9%		12.1%		15.0%		-		-		13.3%		11.7%
2-3 x		38.3%		39.5%		35.7%		-		-		44.3%		39.4%
≥ 4 x		42.5%		41.1%		39.2%		-		-		37.7%		43.0%
Jamais		6.3%		7.3%		10.2%		-		-		4.7%		5.9%
Visite chez le·la médecin diabétologue	(n=334)		(n=324)		(n=280)		-		-		(n=223)		(n=418)	
1 x		12.3%		9.0%		5.7%		-		-		6.3%		11.2%
2-3 x		28.7%		23.2%		30.0%		-		-		32.7%		31.6%
≥ 4 x		23.4%		22.2%		20.0%		-		-		22.4%		18.9%
Jamais		35.6%		45.7%		44.3%		-		-		38.6%		38.3%
Visite chez l'infirmier·ère en diabétologie	(n=266)		(n=285)		(n=252)		-		-		(n=190)		(n=342)	
1 x		9.4%		6.3%		4.8%		-		-		7.4%		6.4%
2-3 x		4.5%		4.2%		4.8%		-		-		7.4%		8.5%
≥ 4 x		6.4%		4.9%		4.4%		-		-		7.9%		7.3%
Jamais		79.7%		84.6%		86.1%		-		-		77.4%		77.8%
Visite chez le·la diététicien·ne	(n=269)		(n=291)		(n=252)		-		-		(n=180)		(n=339)	
1 x		13.0%		12.0%		5.2%		-		-		8.9%		14.2%
2-3 x		6.0%		3.8%		4.4%		-		-		4.4%		7.4%
≥ 4 x		5.6%		2.8%		1.6%		-		-		4.4%		6.5%
Jamais		75.5%		81.4%		88.9%		-		-		82.2%		72.0%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Visite chez le·la podologue	(n=299)		(n=309)		(n=278)		-		-		(n=205)		(n=384)	
1 x		12.0%		9.1%		7.9%		-		-		9.3%		11.5%
2-3 x		11.4%		9.4%		11.9%		-		-		15.1%		9.6%
≥ 4 x		14.4%		18.1%		17.3%		-		-		24.4%		17.5%
Jamais		62.2%		63.4%		63.0%		-		-		51.2%		61.5%
Visite chez le·la dentiste	-		(n=349)		(n=299)		-		-		(n=243)		(n=450)	
1 x		-		37.0%		29.1%		-		-		35.4%		42.2%
2-3 x		-		30.4%		32.8%		-		-		34.6%		30.7%
≥ 4 x		-		5.7%		5.7%		-		-		5.8%		6.9%
Jamais		-		26.9%		32.4%		-		-		24.3%		20.2%
Hospitalisations	(n=506)		(n=381)		(n=321)		(n=318)		(n=293)		(n=269)		(n=495)	
1 x		19.8%		19.4%		19.6%		17.6%		20.1%		16.0%		16.0%
≥ 2 x		6.7%		5.3%		7.2%		7.2%		7.9%		11.2%		7.1%
Jamais		73.5%		75.3%		73.2%		75.2%		72.0%		72.9%		77.0%
Consultation en urgence, sans rendez-vous	(n=513)		(n=387)		(n=321)		(n=316)		(n=289)		(n=272)		(n=500)	
1 x		18.5%		16.5%		14.0%		17.1%		19.0%		22.8%		20.8%
2-3 x		8.8%		10.3%		7.5%		10.1%		10.7%		12.5%		10.4%
≥ 4 x		1.4%		3.9%		3.1%		1.3%		1.7%		1.1%		3.4%
Jamais		71.4%		69.3%		75.4%		71.5%		68.5%		63.6%		65.4%
Visite à domicile d'un·e professionnel·le de la santé du CMS	(n=513)				(n=331)		-		-		(n=272)		(n=508)	
Oui, régulièrement		3.7%		5.2%		6.3%		-		-		6.3%		5.7%
Oui, provisoirement		3.7%		3.9%		3.3%		-		-		7.0%		6.5%
Non		92.0%		90.1%		89.7%		-		-		84.6%		87.8%
Je ne sais pas		0.6%		0.8%		0.6%		-		-		2.2%		0.0%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aide à domicile pour soulager dans les tâches quotidiennes	(n=512)				(n=331)		-		-		(n=272)		(n=507)	
Oui, régulièrement		3.7%		3.9%		3.9%		-		-		5.9%		5.1%
Oui, provisoirement		2.0%		1.6%		2.1%		-		-		2.9%		3.2%
Non		93.8%		94.6%		93.4%		-		-		89.7%		91.5%
Je ne sais pas		0.6%		0.0%		0.6%		-		-		1.5%		0.2%
Renoncement aux soins	(n=506)		-		(n=333)		-		-		(n=271)		(n=498)	
Oui		15.6%		-		15.0%		-		-		14.8%		15.9%
Non		83.8%		-		83.5%		-		-		83.8%		83.3%
Ne sait pas		0.6%		-		1.5%		-		-		1.5%		0.8%
Type de soins renoncés (pour ceux·elles ayant renoncé à des soins)	(n=79)		-		(n=50)		-		-		(n=40)		(n=79)	
Consultation chez le·la généraliste (médecine interne générale, médecin de famille)		6.3%		-		8.0%		-		-		15.0%		8.9%
Consultation chez le·la spécialiste (diabétologue, ophtalmologue, cardiologue, etc.)		8.9%		-		10.0%		-		-		12.5%		7.6%
Consultation chez le·la podologue		32.9%		-		36.0%		-		-		25.0%		34.2%
Consultation chez d'autres professionnel·le·s de santé (diététicien·ne, infirmier·ère en diabétologie, etc.)		10.1%		-		2.0%		-		-		10.0%		10.1%
Intervention/traitement nécessitant un séjour hospitalier		2.5%		-		2.0%		-		-		7.5%		1.3%
Médicaments		10.1%		-		6.0%		-		-		15.0%		10.1%
Soins dentaires		62.0%		-		52.0%		-		-		57.5%		53.2%
Soins à domicile		6.3%		-		2.0%		-		-		5.0%		15.2%
Appareillage et matériel spécialisé (glucomètre, bandelettes de glycémie, chaussures adaptées, etc.)		19.0%		-		16.0%		-		-		15.0%		17.7%

- Données non disponibles au recrutement 2011-2012.

Tableau 41 Critères d'évaluation primaire : HbA1c et qualité de vie

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]	n	% ou moyenne [IC 95%]
HbA1c														
Connaissance de l'HbA1c	(n=485)		(n=382)		(n=332)		(n=321)		(n=291)		(n=271)		(n=505)	
Oui		58.4%		79.1%		80.1%		83.5%		86.9%		85.6%		77.2%
Non		33.2%		14.1%		13.0%		11.2%		7.9%		10.3%		16.6%
Ne sait pas		8.5%		6.8%		6.9%		5.3%		5.2%		4.1%		6.1%
Valeur HbA1c * (moyenne en %)	(n=176)	7.3 [7.2-7.5]	(n=214)	7.2 [7.0-7.3]	(n=174)	7.3 [7.2-7.5]	(n=175)	7.2 [7.1-7.4]	(n=159)	7.3 [7.1-7.4]	(n=148)	7.1 [6.9-7.3]	(n=273)	7.2 [7.0-7.3]
Catégories de valeur HbA1c	(n=176)		(n=214)		(n=174)		(n=175)		(n=159)		(n=148)		(n=273)	
≤ 7 %		40.9%		50.0%		42.0%		46.3%		42.8%		49.3%		53.1%
7.1 % - 8 %		40.3%		35.1%		39.1%		36.0%		41.5%		41.9%		30.0%
8.1 % - 9 %		13.1%		9.8%		13.2%		9.7%		10.1%		5.4%		13.2%
> 9 %		5.7%		5.1%		5.8%		8.0%		5.7%		3.4%		3.7%
Qualité de vie														
Générique (SF-12) **														
PCS (moyenne)	(n=498)	43.4 [42.5-44.4]	(n=377)	44.0 [43.0-45.0]	(n=328)	42.9 [41.8-44.0]	(n=313)	43.7 [42.6-44.8]	-	-	(n=268)	42.9 [41.6-44.2]	(n=500)	44.2 [43.3-45.1]
MCS (moyenne)	(n=496)	47.0 [46.0-48.0]	(n=377)	46.9 [45.8-48.0]	(n=329)	47.7 [46.5-48.9]	(n=312)	46.3 [45.1-47.5]	-	-	(n=269)	47.8 [46.5-49.1]	(n=500)	46.0 [45.0-47.0]
Spécifique (ADDQoL) †														
Score global (moyenne)	(n=512)	-1.6 [-1.7--1.4]	(n=389)	-1.4 [-1.5--1.2]	(n=337)	-1.5 [-1.7--1.3]	(n=323)	-1.4 [-1.6--1.2]	(n=292)	-1.4 [-1.5- -1.2]	(n=275)	-1.4 [-1.6--1.2]	(n=510)	-1.5 [-1.6--1.3]

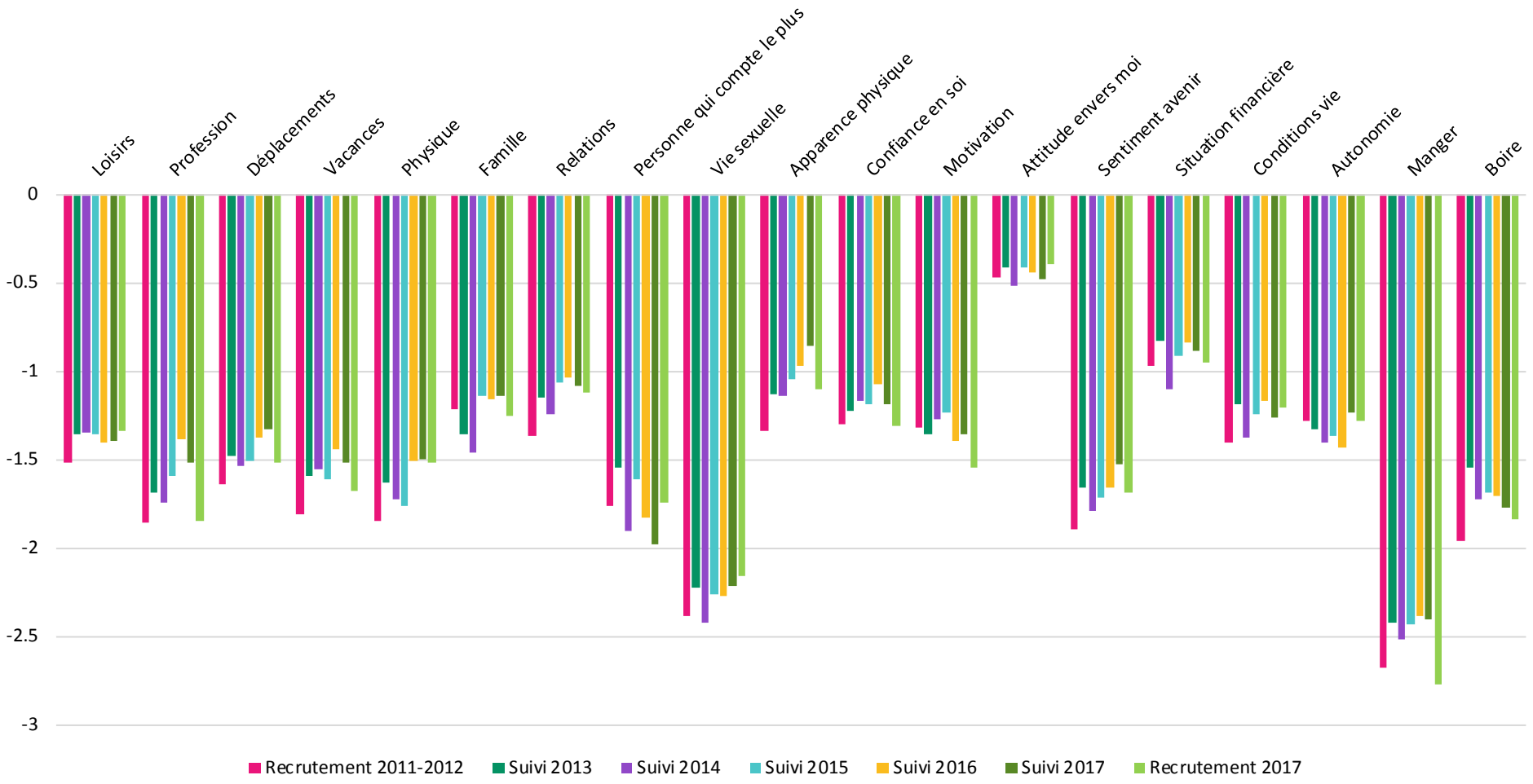
* Parmi les patient·e·s qui connaissaient l'HbA1c. Les valeurs d'HbA1c < 5 ont été enlevées des calculs, car elles sont considérées comme très peu plausibles ; ceci a concerné 1 patient·e au recrutement 2011-2012.

** 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 ; SF-12 : Short-Form 12 ; MCS : Mental component score ; PCS : Physical component score ; ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire

Figure 31 Qualité de vie spécifique au diabète (ADDQoL, moyennes des scores des dimensions)



Note : 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.

ADDQoL : Audit of Diabetes Dependent Quality of Life questionnaire

Tableau 42 Prise en charge globale (PACIC, moyenne des scores)

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]
Score global (basé sur les 20 questions)	(n=503)	2.8 [2.7-2.8]	(n=374)	2.6 [2.5-2.7]	(n=330)	2.7 [2.6-2.8]	(n=317)	2.7 [2.6-2.8]	(n=288)	2.8 [2.7-2.9]	(n=269)	2.7 [2.6-2.8]	(n=496)	2.8 [2.7-2.9]
Questions individuelles														
On m'a demandé mon avis lors de l'élaboration du plan de traitement.	(n=491)	3.2 [3.0-3.3]	(n=365)	3.0 [2.8-3.1]	(n=323)	3.0 [2.8-3.1]	(n=310)	3.1 [2.9-3.2]	(n=285)	3.2 [3.0-3.4]	(n=266)	3.1 [2.9-3.3]	(n=485)	3.3 [3.1-3.4]
On m'a proposé diverses options de traitement auxquelles réfléchir.	(n=483)	2.4 [2.3-2.6]	(n=358)	2.4 [2.2-2.5]	(n=318)	2.3 [2.2-2.5]	(n=302)	2.5 [2.3-2.7]	(n=283)	2.6 [2.5-2.8]	(n=262)	2.6 [2.4-2.8]	(n=484)	2.7 [2.6-2.9]
On m'a demandé de parler de tout problème lié à mes médicaments ou à leurs effets.	(n=486)	3.3 [3.2-3.4]	(n=362)	3.1 [2.9-3.2]	(n=321)	2.9 [2.8-3.1]	(n=308)	3.1 [3.0-3.3]	(n=284)	3.1 [3.0-3.3]	(n=263)	3.2 [3.0-3.3]	(n=482)	3.4 [3.3-3.5]
On m'a donné une liste écrite de choses que je devrais faire pour améliorer ma santé.	(n=487)	2.3 [2.1-2.4]	(n=364)	1.9 [1.8-2.1]	(n=322)	2.0 [1.8-2.1]	(n=303)	1.9 [1.7-2.0]	(n=284)	2.2 [2.0-2.3]	(n=265)	2.0 [1.8-2.1]	(n=488)	2.3 [2.2-2.4]
J'étais satisfait·e de l'organisation des soins.	(n=459)	4.1 [4.0-4.2]	(n=352)	3.9 [3.8-4.1]	(n=318)	4.0 [3.9-4.1]	(n=302)	4.1 [4.0-4.2]	(n=275)	4.1 [4.0-4.2]	(n=260)	3.9 [3.8-4.1]	(n=476)	4.0 [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=490)	3.7 [3.6-3.8]	(n=365)	3.5 [3.3-3.6]	(n=323)	3.5 [3.3-3.6]	(n=309)	3.6 [3.4-3.7]	(n=284)	3.6 [3.4-3.7]	(n=265)	3.4 [3.2-3.5]	(n=484)	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=483)	2.9 [2.8-3.0]	(n=357)	2.7 [2.5-2.8]	(n=324)	2.7 [2.6-2.9]	(n=304)	2.8 [2.6-2.9]	(n=283)	2.7 [2.6-2.9]	(n=262)	2.7 [2.6-2.9]	(n=483)	2.9 [2.7-3.0]
On m'a aidé·e à établir des objectifs personnels pour améliorer mon alimentation ou mon activité physique.	(n=485)	3.0 [2.8-3.1]	(n=365)	2.6 [2.5-2.7]	(n=325)	2.7 [2.5-2.8]	(n=308)	2.6 [2.5-2.8]	(n=283)	2.7 [2.5-2.8]	(n=264)	2.6 [2.5-2.8]	(n=483)	2.8 [2.7-2.9]
On m'a donné un exemplaire de mon plan de traitement.	(n=481)	2.3 [2.1-2.4]	(n=356)	2.1 [1.9-2.2]	(n=324)	2.1 [1.9-2.2]	(n=304)	2.1 [2.0-2.3]	(n=282)	2.4 [2.2-2.5]	(n=265)	2.2 [2.0-2.3]	(n=480)	2.3 [2.2-2.4]
On m'a encouragé·e à participer à un groupe ou à un cours pour m'aider à gérer mon diabète.	(n=485)	1.8 [1.7-1.9]	(n=363)	1.8 [1.6-1.9]	(n=325)	1.9 [1.8-2.0]	(n=306)	1.9 [1.8-2.1]	(n=284)	2.0 [1.9-2.1]	(n=262)	1.9 [1.8-2.1]	(n=483)	1.8 [1.7-1.9]

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]
On m'a posé des questions sur mes habitudes de vie, soit directement, soit par questionnaire.	(n=489)	2.8 [2.7-3.0]	(n=364)	2.7 [2.5-2.8]	(n=327)	2.8 [2.7-3.0]	(n=308)	2.8 [2.7-3.0]	(n=285)	2.8 [2.6-2.9]	(n=265)	2.8 [2.6-2.9]	(n=487)	2.8 [2.6-2.9]
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=484)	3.8 [3.7-3.9]	(n=359)	3.7 [3.6-3.8]	(n=323)	3.7 [3.6-3.9]	(n=309)	3.7 [3.5-3.8]	(n=284)	3.6 [3.4-3.7]	(n=262)	3.6 [3.5-3.8]	(n=478)	3.8 [3.7-3.9]
On m'a aidé·e à établir un plan de traitement adapté à ma vie quotidienne.	(n=491)	2.8 [2.7-3.0]	(n=366)	2.5 [2.3-2.6]	(n=323)	2.6 [2.4-2.8]	(n=308)	2.6 [2.4-2.8]	(n=283)	2.7 [2.5-2.9]	(n=263)	2.6 [2.4-2.7]	(n=486)	2.8 [2.7-2.9]
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=490)	2.7 [2.6-2.9]	(n=363)	2.5 [2.4-2.7]	(n=318)	2.6 [2.5-2.8]	(n=309)	2.7 [2.5-2.8]	(n=282)	2.7 [2.6-2.9]	(n=264)	2.6 [2.4-2.8]	(n=484)	2.7 [2.5-2.8]
On m'a demandé comment mon diabète affecte ma vie.	(n=483)	2.6 [2.5-2.8]	(n=368)	2.6 [2.5-2.8]	(n=319)	2.9 [2.7-3.0]	(n=311)	2.8 [2.7-3.0]	(n=284)	2.9 [2.7-3.0]	(n=264)	2.8 [2.7-3.0]	(n=482)	2.7 [2.6-2.8]
On m'a contacté·e après une consultation pour voir comment les choses allaient.	(n=486)	2.0 [1.9-2.1]	(n=364)	1.9 [1.8-2.0]	(n=321)	2.1 [1.9-2.2]	(n=307)	2.0 [1.9-2.2]	(n=285)	2.1 [2.0-2.3]	(n=263)	2.1 [2.0-2.3]	(n=480)	2.1 [1.9-2.2]
On m'a encouragé·e à participer aux programmes organisés localement qui pourraient m'aider.	(n=480)	1.7 [1.6-1.8]	(n=364)	1.7 [1.6-1.8]	(n=321)	1.8 [1.6-1.9]	(n=310)	1.8 [1.7-2.0]	(n=285)	1.9 [1.8-2.0]	(n=261)	1.8 [1.7-1.9]	(n=479)	1.7 [1.6-1.8]
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=486)	2.2 [2.0-2.3]	(n=362)	1.9 [1.8-2.1]	(n=320)	2.1 [1.9-2.2]	(n=312)	2.1 [2.0-2.2]	(n=285)	2.2 [2.0-2.3]	(n=265)	2.0 [1.9-2.2]	(n=482)	2.2 [2.1-2.3]
On m'a expliqué comment mes consultations chez d'autres médecins, comme l'ophtalmologue (spécialiste des yeux), contribuaient à mon traitement.	(n=487)	3.1 [3.0-3.2]	(n=364)	3.1 [2.9-3.3]	(n=323)	3.2 [3.0-3.3]	(n=313)	3.3 [3.1-3.5]	(n=286)	3.5 [3.3-3.6]	(n=267)	3.2 [3.1-3.4]	(n=487)	3.2 [3.1-3.3]
On m'a demandé comment se déroulaient mes consultations avec d'autres médecins.	(n=483)	2.5 [2.3-2.6]	(n=362)	2.5 [2.3-2.7]	(n=321)	2.7 [2.5-2.9]	(n=314)	2.9 [2.7-3.0]	(n=286)	2.9 [2.8-3.1]	(n=267)	2.9 [2.7-3.0]	(n=484)	2.6 [2.5-2.8]

Note : échelle en 5 points (1 = jamais à 5 = toujours), un score élevé correspondant à une « meilleure » prise en charge.

PACIC : Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire.

Tableau 43 Tension artérielle

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	Moyenne [IC95%]	n	Moyenne [IC95%]	n	Moyenne [IC95%]	n	Moyenne [IC95%]	n	Moyenne [IC95%]	n	Moyenne [IC95%]
Systolique (moyenne en mmHg)	(n=262)	133.2 [131.6-134.9]	(n=238)	133.5 [132.0 - 135.1]	(n=206)	134.4 [132.6-136.2]	(n=175)	130.9 [129.1-132.8]	(n=175)	132.9 [131.1-134.7]	(n=286)	132.9 [131.3-134.4]
Diastolique (moyenne en mmHg)	(n=236)	77.6 [76.4-78.8]	(n=225)	77.8 [76.7 - 79.0]	(n=193)	77.3 [75.9-78.6]	(n=169)	76.9 [75.5-78.3]	(n=169)	77.1 [75.7-78.5]	(n=276)	77.3 [76.2-78.4]

mmHg : milimètre de mercure

Tableau 44 Questionnaire de Stanford (« self-efficacy », moyenne des scores)

	Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2015		Suivi 2016		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]	n	Score [IC95%]
Score global	(n=376)	7.6 [7.4-7.8]	(n=324)	7.9 [7.7-8.1]	(n=317)	7.8 [7.6-7.9]	(n=283)	7.5 [7.3-7.7]	(n=267)	7.6 [7.5-7.8]	(n=488)	7.4 [7.2-7.6]
Questions individuelles												
Confiant·e de pouvoir manger ses repas toutes les 4 à 5 heures chaque jour, petit-déjeuner inclus	(n=380)	8.1 [7.9-8.3]	(n=326)	8.3 [8.1-8.6]	(n=319)	8.2 [7.9-8.4]	(n=287)	8.0 [7.7-8.2]	(n=273)	8.1 [7.9-8.3]	(n=497)	7.8 [7.6-8.0]
Confiant·e de pouvoir suivre un régime quand il·elle doit préparer ou partager un repas avec d'autres personnes qui n'ont pas le diabète	(n=378)	7.6 [7.4-7.9]	(n=325)	7.9 [7.7-8.2]	(n=316)	7.8 [7.5-8.0]	(n=282)	7.2 [6.9-7.5]	(n=268)	7.7 [7.4-7.9]	(n=488)	7.3 [7.1-7.5]
Confiant·e de pouvoir choisir les aliments appropriés quand il·elle a faim (par exemple le goûter ou une collation)	(n=379)	7.8 [7.6-8.1]	(n=326)	8.1 [7.8-8.4]	(n=318)	8.0 [7.7-8.2]	(n=281)	7.7 [7.5-8.0]	(n=270)	7.8 [7.6-8.1]	(n=494)	7.5 [7.3-7.8]
Confiant·e de pouvoir faire de l'exercice physique pendant 15 à 30 minutes, 4 à 5 fois par semaine	(n=378)	6.5 [6.2-6.8]	(n=324)	6.9 [6.5-7.2]	(n=312)	6.8 [6.5-7.1]	(n=282)	6.4 [6.1-6.8]	(n=267)	6.6 [6.3-7.0]	(n=491)	6.5 [6.2-6.8]
Confiant·e de pouvoir faire quelque chose pour éviter que son taux de sucre dans le sang ne baisse lorsqu'il·elle fait de l'exercice	(n=368)	7.2 [7.0-7.4]	(n=323)	7.4 [7.1-7.7]	(n=314)	7.3 [7.0-7.6]	(n=281)	7.3 [7.0-7.6]	(n=268)	7.3 [7.0-7.5]	(n=483)	7.0 [6.8-7.2]
Confiant·e de savoir que faire lorsque son taux de sucre dans le sang augmente ou diminue plus qu'il ne devrait	(n=375)	7.6 [7.3-7.8]	(n=326)	8.0 [7.8-8.3]	(n=314)	7.9 [7.6-8.1]	(n=282)	7.7 [7.5-8.0]	(n=267)	7.6 [7.4-7.8]	(n=490)	7.4 [7.1-7.6]
Confiant·e de savoir évaluer quelles modifications de sa maladie requièrent une consultation chez le médecin	(n=374)	8.0 [7.8-8.2]	(n=324)	8.3 [8.1-8.6]	(n=316)	8.2 [7.9-8.4]	(n=285)	8.1 [7.9-8.4]	(n=268)	7.9 [7.7-8.2]	(n=489)	7.8 [7.6-8.0]
Confiant·e de pouvoir contrôler son diabète pour qu'il n'interfère pas avec ce qu'il a envie de faire	(n=376)	7.9 [7.7-8.1]	(n=323)	8.2 [8.0-8.4]	(n=318)	8.0 [7.8-8.2]	(n=285)	7.8 [7.5-8.1]	(n=270)	8.0 [7.8-8.3]	(n=488)	7.8 [7.6-8.0]

Note : échelle en 10 points, de 1 pas du tout confiant·e à 10 totalement confiant·e.

Tableau 45 Sentiment d'efficacité personnel (« self-efficacy », pourcentages)

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2015		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabète au quotidien	(n=510)		(n=382)		(n=323)		(n=272)		(n=508)	
Très difficile		2.0%		2.1%		1.6%		1.1%		1.6%
Difficile		11.2%		8.6%		8.1%		8.5%		9.1%
Ni difficile, ni facile		41.8%		48.7%		41.8%		39.7%		36.2%
Facile		28.8%		29.6%		35.0%		36.8%		38.0%
Très facile		16.3%		11.0%		13.6%		14.0%		15.2%
Activité physique au quotidien	(n=509)		(n=380)		(n=321)		(n=272)		(n=503)	
Très difficile		5.5%		3.2%		3.1%		2.6%		3.2%
Difficile		17.3%		13.2%		9.7%		10.3%		10.7%
Ni difficile, ni facile		36.9%		44.7%		41.7%		43.0%		36.6%
Facile		26.7%		29.5%		33.6%		31.6%		35.6%
Très facile		13.6%		9.5%		11.8%		12.5%		13.9%
Traitement médicamenteux au quotidien	(n=506)		(n=385)		(n=322)		(n=272)		(n=509)	
Très difficile		0.8%		1.0%		0.6%		0.0%		0.8%
Difficile		9.5%		7.5%		7.1%		5.2%		5.5%
Ni difficile, ni facile		30.6%		37.1%		33.5%		33.1%		27.7%
Facile		39.1%		39.5%		41.3%		46.0%		44.4%
Très facile		20.0%		14.8%		17.4%		15.8%		21.6%
Alimentation au quotidien	(n=508)		(n=386)		(n=322)		(n=271)		(n=509)	
Très difficile		7.3%		4.4%		1.9%		3.3%		5.5%
Difficile		22.8%		18.4%		16.5%		14.8%		21.0%
Ni difficile, ni facile		33.7%		40.9%		41.3%		39.9%		33.6%
Facile		26.0%		29.0%		30.8%		34.3%		30.7%
Très facile		10.2%		7.3%		9.6%		7.8%		9.2%

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2015		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestion de sa vie avec le diabète	-		(n=379)		(n=323)		(n=272)		(n=510)	
Très bien		-		21.6%		21.4%		17.7%		19.4%
Bien		-		25.1%		25.1%		26.5%		29.0%
Plutôt bien		-		36.7%		37.8%		41.5%		34.7%
Ni bien, ni mal		-		13.7%		13.9%		12.9%		14.1%
Plutôt mal		-		2.4%		1.9%		0.7%		2.6%
Mal		-		0.5%		0.0%		0.4%		0.0%
Très mal		-		0.0%		0.0%		0.4%		0.2%

- Données non disponibles au recrutement 2011-2012.

Tableau 46 Satisfaction générale et soutien de l'équipe de prise en charge

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2015		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfaction générale de la prise en charge	(n=507)		(n=382)		(n=319)		(n=272)		(n=504)	
Excellente		32.4%		25.1%		27.0%		20.2%		21.8%
Très bonne		35.1%		38.2%		45.1%		44.1%		37.1%
Bonne		26.6%		27.5%		25.1%		29.4%		32.9%
Moyenne		5.5%		7.6%		2.5%		5.2%		7.5%
Mauvaise		0.4%		1.6%		0.3%		1.1%		0.6%
Disponibilité de l'équipe de soins	(n=507)		-		(n=318)		(n=271)		(n=502)	
Oui toujours		64.7%		-		60.7%		56.5%		66.9%
Oui souvent		18.2%		-		26.7%		23.6%		15.1%
Quelquefois		8.9%		-		7.6%		11.4%		10.2%
Rarement		3.8%		-		2.5%		4.1%		4.4%
Jamais		4.5%		-		2.5%		4.4%		3.4%
Satisfaction concernant le soutien de l'équipe de soins	(n=508)		-		(n=317)		(n=271)		(n=505)	
Excellente		36.2%		-		30.6%		31.7%		33.9%
Très bonne		36.4%		-		42.9%		37.6%		37.2%
Bonne		21.5%		-		22.4%		25.8%		21.6%
Moyenne		5.7%		-		3.8%		4.4%		6.3%
Mauvaise		0.2%		-		0.3%		0.4%		1.0%

Tableau 47 Sentiment d'information sur le diabète

	Recrutement 2011-2012		Suivi 2013		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A le sentiment d'être...	(n=510)		(n=384)		(n=272)		(n=509)	
... très bien informé·e		43.3%		37.5%		50.7%		49.5%
... plutôt bien informé·e		42.6%		46.4%		37.5%		38.1%
... ni bien, ni mal informé·e		12.4%		13.8%		11.0%		9.6%
... plutôt mal informé·e		1.0%		1.3%		0.4%		2.0%
... très mal informé·e		0.8%		1.0%		0.4%		0.8%

Tableau 48 Compétence en matière de santé (Health literacy) : fréquence des problèmes de compréhension

	Suivi 2013		Suivi 2014		Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%	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=381)		(n=330)		(n=272)		(n=501)	
Jamais		52.5%		68.2%		66.9%		62.1%
Occasionnellement		21.3%		16.7%		23.2%		21.6%
Parfois		19.4%		11.2%		8.1%		14.0%
Souvent		4.7%		1.8%		1.1%		1.4%
Toujours		2.1%		2.1%		0.7%		1.0%

Tableau 49 Participation à des activités mises sur pied par le PcD

	Suivi 2017		Recrutement 2017	
	n	%	n	%
Cours EVIVO « Devenir acteur de sa santé avec une maladie chronique »	(n=247)		(n=470)	
Oui		2.0%		2.6%
Non		98.0%		97.5%
Programme DIAfit (programme d'activité physique pour les diabétiques de type 2)	(n=258)		(n=479)	
Oui		10.9%		6.5%
Non		89.2%		93.5%
Programme DIAfood (programme pour les diabétiques centré sur l'alimentation)	(n=247)		(n=465)	
Oui		2.8%		3.4%
Non		97.2%		96.6%
Filière de soins diabète (p.ex. DiabEst, DiabOuest, Diabaide, filière diabète du Réseau Nord Broye y compris CaP'Diab)	(n=247)		(n=463)	
Oui		1.6%		3.0%
Non		98.4%		97.0%

Tableau 50 Application des critères suisses de la SSED aux données de CoDiab-VD de 2011-2012 à 2017

Critères de bonne prise en charge du diabète SSED			Recrutement 2011-2012 (n=519)		Suivi 2013 (n=395)		Suivi 2014 (n=339)		Suivi 2015 (n=323)		Suivi 2016 (n=295)		Suivi 2017 (n=276)		Recrutement 2017 (n=514)	
Contrôles/Visites chez le médecin	Minimum 3/année	≥80% des patient·e·s	-		-		-		-		-		-		-	
Conseils hygiène de vie*	Conseils diététiques et d'activité physique*	≥80% des patient·e·s	42%	☹	41%	☹	-		33%*	☹	-		28%	☹	36%	☹
	Non-fumeurs ou conseils cessation tabac chez fumeurs	≥80% des patient·e·s	95%	☺	95%	☺	92%	☺	91%	☺	-		91%	☺	90%	☺
HbA1C, min 2x/an**	Moyenne des valeurs annuelles (dernière valeur)†															
	> 9 %	≤15% des patient·e·s	6%	☺	5%	☺	5%	☺	8%	☺	6%	☺	3%	☺	4%	☺
	< 8 %	≥60% des patient·e·s	73%	☺	85%	☺	78%	☺	81%	☺	82%	☺	87%	☺	81%	☺
Tension artérielle min 2x/an††	≥ 140/90 mmHg	≤35% des patient·e·s	37%	☹	30%	☺	40%	☹	-		37%	☹	37%	☹	34%	☺
	< 130/80 mmHg	≥25% des patient·e·s	21%	☹	20%	☹	19%	☹	-		25%	☺	19%	☹	23%	☹
Contrôle ophtalmique annuel	(chez ophtalmologue)	≥60% des patient·e·s	58%	☹	71%	☺	70%	☺	70%	☺	76%	☺	69%	☺	62%	☺
Cholestérol-LDL§	≥ 3.38 mmol/l	≤37% des patient·e·s	15%	☺	-		18%	☺	-		-		-		-	
	< 2.6 mmol/l	≥36% des patient·e·s	50%	☺	-		54%	☺	-		-		-		-	
Contrôle annuel néphropathie	(créatinine et microalbuminurie)	≥80% des patient·e·s	63%	☹	72%	☹	67%	☹	74%	☹	75%	☹	75%	☹	67%	☹
Contrôle annuel des pieds§§	(pouls, monofilament)	≥80% des patient·e·s	68%	☹	58%	☹	62%	☹	65%	☹	70%	☹	70%	☹	60%	☹

- Données non disponibles.
* En 2017, les questions de conseils diététiques et d'activité physique étaient restreintes au 12 derniers mois et mentionnaient donnés par un·e professionnel·le de santé et non lors d'une consultation médicale comme au recrutement.
** Les effectifs pour les valeurs d'HbA1C sont de 273 en 2017 de 177 au recrutement (données reportées par le·la patient·e), pour ceux·elles reportant connaitre l'HbA1C.
† Dernière valeur seulement disponible pour cette enquête (pas de moyenne des valeurs).
†† L'effectif pour les valeurs de tension artérielle est de 276 en 2017 et de 236 au recrutement (données reportées par le·la patient·e).
§ L'effectif pour les valeurs de cholestérol-LDL est de 242 au recrutement (valeurs reportées par le·la médecin).
§§ Contrôle des pieds par un·e professionnel·le de santé en 2017 et par un·e médecin ou un·e infirmier·ère en 2011-2012.
SSED : Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie ; HbA1C : hémoglobine glyquée.

canton de vaud

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive