



Faire face à l'épidémie de diabète : réponses à l'échelle d'un canton

Rev Med Suisse 2013; 9: 1206-11

I. Hagon-Traub
V. Schlüter
L. Chinet

Dr Isabelle Hagon-Traub
Département de médecine
Ensemble hospitalier de la Côte
Chemin du Crêt 2
Hôpital de Morges, 1110 Morges
isabelle.hagon@ehc.vd.ch

Dr Virginie Schlüter
Léonie Chinet
Programme cantonal Diabète
12 avenue de Provence, 1007 Lausanne
virginie.schluter@diabete-vaud.ch
leonie.chinet@diabete-vaud.ch

How to tackle the epidemic of diabetes: strategy at cantonal level

Switzerland is affected by a «diabetes epidemic». It is estimated that one in fifteen adult is affected by this disease. The human costs are consistent with more than 2/3 of the costs of diabetes related to complications.

To reduce the impact of the disease on the population of the canton of Vaud, the «Cantonal Diabetes Program» is a program to slow the increasing incidence of the disease (primary prevention) and to improve the care to patients. The secondary prevention strategy is divided into three areas: daily life support to the diabetic patients, improvement of the interdisciplinary work and consolidation of proximity care structures.

The innovative approach of this program, which aims to enhance partnerships by strengthening the autonomy of patients and caregivers interdisciplinary work, could be applied to other chronic diseases.

La Suisse est touchée par une «épidémie de diabète». On estime qu'un adulte sur quinze est concerné par cette maladie. Les coûts humains sont conséquents puisque plus de deux tiers des coûts du diabète sont consécutifs aux complications.

Afin de diminuer l'impact de la maladie sur la population du canton de Vaud, un Programme cantonal Diabète vise à ralentir l'augmentation de l'incidence de la maladie (prévention primaire) et à améliorer la prise en charge des personnes atteintes. La stratégie de prévention secondaire se décline en trois axes: soutien du quotidien des patients diabétiques, amélioration du travail interdisciplinaire et consolidation des structures de prise en soins de proximité.

L'approche novatrice de ce programme, qui vise à resserrer les partenariats en renforçant l'autonomie des patients et le travail interdisciplinaire entre soignants, pourrait être appliquée à d'autres maladies chroniques.

ÉTAT DES LIEUX DU DIABÈTE DANS LE CANTON DE VAUD

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en garde contre le risque d'épidémie mondiale de diabète. En appliquant les chiffres de prévalence du diabète de 6,6% de la cohorte lausannoise CoLaus¹ à l'ensemble de la population du même âge résidant dans le canton de Vaud, on estime qu'il y a près de 25 000 personnes diabétiques dans notre canton, dont 8000 ignorent qu'elles sont malades.

L'évolution de la maladie s'accompagne de complications: maladies cardiovasculaires, cécité, insuffisance rénale terminale nécessitant une dialyse et amputation non traumatique des membres inférieurs. En 2008, on recensait 129 amputations dues au diabète dans le canton de Vaud. Afin de mesurer l'ampleur des coûts humains secondaires à la maladie, nous avons analysé les coûts directs liés au diabète.² Ces coûts s'obtiennent en additionnant les dépenses médicales pour la gestion de la maladie et le surplus de dépenses pour le traitement des complications. Selon la méthode de calcul, le résultat varie dans une fourchette de 168 à 250 millions de francs pour l'année 2009, dont plus de deux tiers sont imputables aux complications (tableau 1).

Les besoins des patients diabétiques du canton de Vaud ont été évalués³ à l'aide de «focus groupes» qui se sont déroulés dans chacune des quatre régions sanitaires du canton. Les diabétiques souhaitent un suivi régulier, un accompagnement psychosocial et un renforcement des activités de l'Association vaudoise du diabète (AVD). Pour augmenter l'autonomie dans la prise en charge, le patient désire être mieux informé grâce à des journées d'information et des cours d'éducation thérapeutique ou des groupes de pairs dans sa région. Les diabétiques considèrent favorablement le travail en équipe mais relèvent des problèmes de communication entre leurs soignants; ils ne sont pas opposés à permettre l'utilisation d'un dossier médical partagé ou d'une carte à puce contenant les éléments utiles de leur dossier. Les soignants du canton de Vaud ont été interrogés sur



Tableau 1. Coûts directs* médicaux du diabète dans le canton de Vaud en 2009²

	Gestion de la maladie	Complications	Total
Méthode «type de prestations»	44,6	123,2	167,8
Méthode globale	83,6	167,1	250,7

- Les coûts directs du diabète se trouvent dans une fourchette de 168 à 250 millions pour l'année 2009.
- La plus grande partie du surcoût (entre 66 et 73% selon la méthode) est due aux complications.
- Les coûts indirects (incapacités de travail) et la perte de la qualité de vie (coûts humains) ne sont pas inclus dans l'estimation.

* En millions de francs.

(Pr C. Jeanrenaud, Institut de recherche économique, Université de Neuchâtel).

leurs besoins par la même méthodologie. Il ressort des «focus groupes» que la prise en charge est compliquée par le manque de personnel. Les défis du travail interdisciplinaire sont en lien avec le manque de communication, la difficulté de parler un langage commun, le manque de financement du travail en réseau. Néanmoins, les soignants consultés soutiennent que tous les professionnels doivent être intégrés dans la prise en charge pour travailler en réseau. Un des freins identifiés à cette collaboration est la mauvaise connaissance des prestations et des prestataires à disposition des patients.

Enfin, nous avons évalué les caractéristiques des patients diabétiques du canton et leur prise en charge.⁴ Si on applique les critères qualitatifs de la Société suisse d'endocrinologie-diabétologie (SSED, tableau 2), on relève que le contrôle métabolique glycémique et lipidique est correct, alors

que le contrôle tensionnel est insuffisant. Le dépistage des complications n'est pas effectué suivant les recommandations et pourrait être à l'origine d'un diagnostic tardif des complications. Enfin, les patients qui ont participé à des cours d'éducation thérapeutique et qui ont eu recours à d'autres prestataires de soins ne sont pas courants (figures 1 et 2).

ÉLABORATION DU PROGRAMME CANTONAL DIABÈTE VAUD: UNE RÉPONSE DE SANTÉ PUBLIQUE

Face à ces constats, le Service de la santé publique (SSP) a donné mandat de développer le Programme cantonal Diabète (PcD). Cinq groupes de travail, rassemblant près de 60 soignants de différentes professions et incluant différentes institutions et groupements professionnels ainsi que des représentants des patients diabétiques, ont réfléchi pendant près de deux ans pour élaborer un rapport technique² qui comprend un plan d'action regroupant plus de 40 projets.

Le PcD vise à diminuer l'impact du diabète sur la population vaudoise en agissant sur la progression de l'incidence du diabète (prévention primaire) et en améliorant la prise en charge des personnes atteintes (prévention secondaire).

Le PcD développe des projets qui concernent les patients, enfants et adultes, et les soignants en se référant au *chronic care model* (figure 3).⁵ Il se propose de répondre aux besoins identifiés des patients et soignants concernant le soutien au quotidien, l'amélioration du travail interdisciplinaire et la consolidation des structures de soins de proximité.

Tableau 2. Application des critères de qualité de prise en charge du diabète établis par la Société suisse d'endocrinologie-diabétologie (SSED) à un collectif de patients vaudois (2011-2012)⁴

Contrôles/visites chez le médecin	Minimum 3/année	≥ 80% des patients	–	
Conseils d'hygiène de vie	• Conseils diététiques et d'activité physique	≥ 80% des patients	42%	☹
	• Non-fumeurs ou conseils cessation tabac chez fumeur	≥ 80% des patients	95%	☺
HbA1c, minimum 2 x/an** Moyenne des valeurs annuelles (dernière valeur)***	> 9%	≤ 15% des patients	5,7% (5,7%*)	☺ ☺
	< 8%	> 60% des patients	73% (81%*)	☺ ☺
Tension artérielle minimum 2 x/an	≥ 140/90 mmHg	≤ 35% des patients	37% (40%*)	☹ ☹
	< 130/80 mmHg	≥ 25% des patients	21% (21%*)	☹ ☹
Contrôle ophtalmique annuel	(Chez ophtalmologue)	≥ 60% des patients	58%	☹
Cholestérol-LDL**	≥ 3,38 mmol/l	≤ 37% des patients	15%*	☺
	< 2,6 mmol/l	≥ 36% des patients	50%*	☺
Contrôle annuel néphropathie	(Créatinine et microalbuminurie)	≥ 80% des patients	63%	☹
Contrôle annuel des pieds	(Pouls, monofilament)	≥ 80% des patients	68%	☹

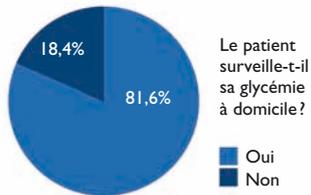
* Données du médecin traitant.

** Les effectifs pour les valeurs d'HbA1c sont de 177 (données rapportées par le patient) et 264 (données rapportées par le médecin), et de 242 pour les valeurs de cholestérol-LDL rapportées par le médecin.

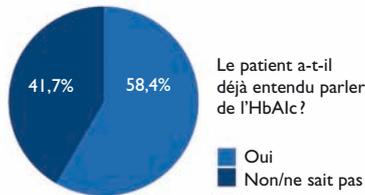
*** Dernière valeur seulement disponible pour cette enquête (pas de moyenne des valeurs).



Surveillance glycémique à domicile



Connaissance de l'HbA1c



Participation à des cours sur la gestion du diabète

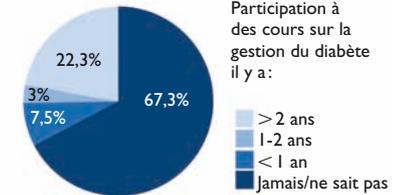


Figure 1. Critères d'autonomisation du patient appliqués à un collectif de patients diabétiques vaudois⁴

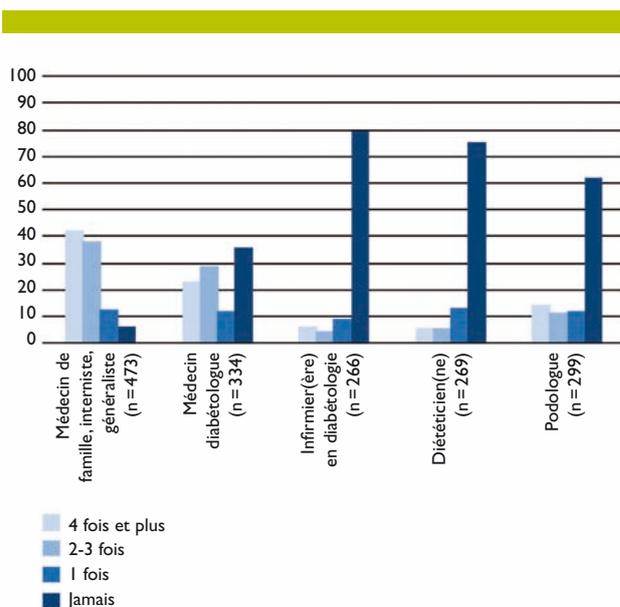


Figure 2. Consultation et utilisation des services de santé dans un collectif de patients diabétiques dans le canton du Vaud⁴

SOUTIEN DU QUOTIDIEN DES PATIENTS DIABÉTIQUES

Le traitement du diabète est basé sur un socle commun associant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. DIAFit⁹ est un programme qui s'adresse aux patients avec un diabète de type 2. Son objectif est de permettre à ces patients d'initier une activité physique en étant encadré par une équipe pluridisciplinaire. En 2012, près de 200 personnes diabétiques ont participé à un suivi dans un des sept centres DIAFit ouverts dans le canton de Vaud dans l'année.

Les enfants n'ont pas été oubliés puisqu'ils ont bénéficié d'un projet pilote de suivi sportif individualisé et trois journées «Sport et Diabète» ont été organisées en collaboration avec la filière diabéto-pédiatrique de l'est vaudois, l'Hôpital de l'enfance et l'Association vaudoise du diabète.

Le Pcd s'intéresse à la qualité de vie des patients. Comment vivre mieux avec un diabète, une maladie chronique? En collaboration avec l'AVD et la fondation CAREUM, le Pcd a formé des patients et soignants pour animer des cours à destination des patients, visant à améliorer l'autogestion de la maladie et ses implications sur la vie quotidienne.

PROJETS DE PRÉVENTION PRIMAIRE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Nos objectifs de prévention primaire du diabète sont partagés avec ceux d'un programme de promotion du mouvement et de l'alimentation favorables à la santé «Ça marche! Bouger plus, manger mieux», programme qui a été lancé en 2008 par le canton de Vaud avec le soutien de Promotion Santé Suisse, et avec lequel nous avons développé diverses collaborations.

Nous avons organisé une campagne de dépistage du diabète et des facteurs de risque⁶ en partenariat avec plus de 50 pharmacies du canton, qui s'est accompagnée d'une campagne médiatique de sensibilisation et de promotion de la santé. Deux autres campagnes de sensibilisation, dont une campagne webmedia, se sont déroulées en 2012. La population était invitée à évaluer son risque de devenir diabétique grâce au test Findrisk,⁷ test dont la validité pronostique a été reconnue efficace sur la population CoLaus.⁸

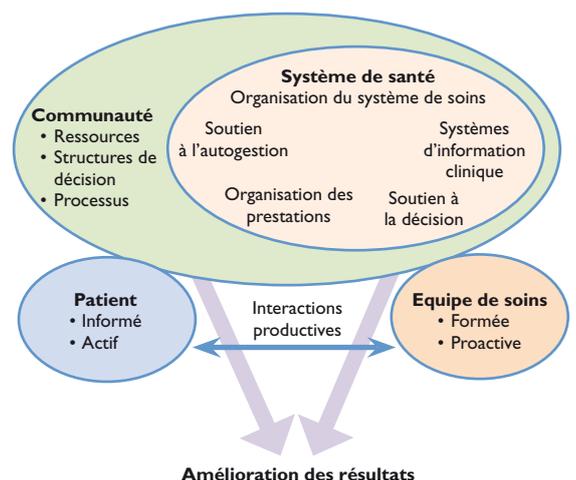


Figure 3. Modèle de soins aux malades chroniques (Adaptée du «Chronic care model»⁹).



«Evivo»¹⁰ est l'application du «Chronic Disease Self-Management Program» développé par l'Université de Stanford, qui a fait l'objet de nombreuses évaluations positives.¹¹

Pour les adolescents, une infirmière de transition a été engagée, dont la principale activité est de soutenir les jeunes adultes dans leur vie quotidienne avec le diabète et les guider vers une prise en charge adulte.

AMÉLIORATION DU TRAVAIL INTER-DISCIPLINAIRE

Un langage commun, basé sur des recommandations de pratique clinique (RPC) *evidence based* validées par tous, est indispensable au travail interdisciplinaire. Après une revue exhaustive de la littérature et un consensus multidisciplinaire (méthode Adapt), une quinzaine de RPC ont été élaborées par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), qui sont disponibles pour tous.¹² La qualité du travail a été reconnue par la SSED et la Société de médecine interne (SSMI), et une traduction allemande est en cours de réalisation dans le cadre du programme suisse QualiCCare, afin de rendre ces RPC accessibles à tous les soignants suisses.

Nous proposons d'introduire les principes de l'éducation thérapeutique (ETP) aux professionnels de la santé qui prennent en charge des patients souffrant d'un diabète ou d'autres maladies chroniques. Il s'agit d'une formation interdisciplinaire qui se déroulera dans les quatre régions du canton et proposera une initiation aux outils et modèles utilisés en ETP afin de renforcer les compétences du patient dans l'autogestion de sa maladie et de son traitement.

La prise en charge du pied diabétique concerne de multiples soignants. Après une recommandation «soignant» sur cette thématique, une version «patient» est en cours d'élaboration. Pour les patients diabétiques présentant des problèmes de pied, nous sommes en train d'identifier des centres de références régionaux et de renforcer une consultation multidisciplinaire universitaire au CHUV pour les situations complexes et/ou urgentes. Un suivi systématique coordonné va être développé par une infirmière clinicienne spécialisée en diabétologie, qui fera les liens entre cette consultation universitaire, les services hospitaliers, les centres régionaux et les prestataires de premier recours.

Le PcD vise également à faciliter le travail interdisciplinaire. Le projet «diabète gestationnel» rassemble l'équipe d'obstétrique et de diabétologie. Des diététiciens et physiothérapeutes complètent l'équipe pour accompagner les patientes et favoriser une alimentation et une activité physique adaptées.

Le travail interdisciplinaire dépasse le cadre des collaborations entre soignants. L'Unité d'endocrinologie et de diabétologie de l'Hôpital de l'enfance a réalisé un DVD qui aborde la maladie, ses traitements et les implications sur la vie quotidienne, outil à destination des professionnels du secteur éducatif qui s'occupent d'enfants diabétiques. La qualité du travail ainsi que son aspect novateur ont été reconnus puisque ce projet a reçu le prix Servier 2013 qui récompense l'excellence de prestations dans le domaine de la consultation aux patients diabétiques.

CONSOLIDATION DES STRUCTURES DE PROXIMITÉ

Plusieurs projets de coordination des soins autour du patient diabétique existent dans le canton sur des modèles différents. Dans le réseau nord, CapDiab propose qu'une infirmière en diabétologie vienne suivre le patient diabétique au sein du cabinet médical en partenariat avec le médecin traitant. Diabaide est une filière interdisciplinaire de la région ouest qui offre une prise en charge coordonnée par les principaux prestataires de soins impliqués dans le diabète. Enfin, Diabest propose un suivi interdisciplinaire aux jeunes patients diabétiques dans l'est vaudois et le Chablais.

Chaque réseau de soins bénéficie d'une coordinatrice régionale qui a pour mandat d'évaluer les besoins locaux et de développer les activités régionales autour du diabète.

Les réseaux de soins, leur coordinatrice régionale et le PcD ont proposé deux forums régionaux à l'attention des soignants. En 2012, un partenariat avec l'IUMSP a permis de proposer des ateliers interactifs autour de la thématique des RPC. Plus de 260 professionnels de la santé ont participé aux derniers forums, dont 40 intervenants.

RÉPONDRE AU DÉFI DES MALADIES CHRONIQUES PAR UN RENFORCEMENT DES PARTENARIATS

Le système de santé est confronté à de nombreux changements et pressions: vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, pénurie de médecins de premier recours et de soignants, augmentation régulière des coûts de la santé impliquent de repenser la prise en charge de nos patients. Le PcD est un programme pilote de prise en charge interdisciplinaire d'une maladie chronique qui vise à renforcer les partenariats avec les patients et entre soignants. Ce modèle pourrait être appliqué à d'autres maladies chroniques. Il convient dans tous les cas d'éviter une prise en charge en solo, c'est-à-dire par type de pathologie, qui verrait des équipes de soignants ne s'occuper que de patients diabétiques et d'autres que de personnes souffrant d'une autre maladie chronique. Dans le cadre du PcD, nous tentons de développer également des projets qui sortent du contexte «diabétologique» et s'adressent plutôt à la chronicité, à l'instar du projet Evivo ou de celui de sensibilisation à l'éducation thérapeutique pour les soignants. L'étape suivante consistera à tisser des liens de collaboration avec des associations ou soignants préoccupés par d'autres maladies chroniques afin de travailler ensemble pour nos patients.

Le PcD est un programme novateur qui vise à renforcer les collaborations suivant le modèle des maladies chroniques. Il est le fruit de la réflexion de patients et de soignants. La collaboration entre soignants est l'un des axes forts du PcD et plusieurs projets en sont l'illustration.

Enfin, il ne faut pas négliger le partenariat avec les autorités sanitaires, qui permet un soutien financier conséquent et une légitimité auprès de nombreux partenaires dans tout le canton. Seul un soutien politique durable permet d'inscrire les changements dans la continuité et avoir ainsi un impact positif sur la santé de la population et la qualité de vie des patients diabétiques. ■



Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Le dépistage systématique des complications du diabète n'est pas réalisé de manière optimale et pourrait être à l'origine d'un diagnostic tardif de celles-ci
- > L'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques nécessite de s'intéresser à soutenir le quotidien des patients en développant l'autogestion de la maladie et ses implications sur la vie quotidienne
- > Un langage commun, basé sur des recommandations de pratique clinique validées par tous, est indispensable au travail interdisciplinaire
- > Le défi des maladies chroniques ne pourra être relevé que par le développement de partenariats entre soignants et patients, sans oublier d'associer les autorités sanitaires

Bibliographie

1 ** Firmann M, Waeber G, Vollenweider P, et al. The CoLaus study: A population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. *BMC Cardiovas Disord* 2008;8:6. www.biomedcentral.com/1471-2261/8/6

2 www.vd.ch/diabete

3 Lauvergeon S, Mettler D, Peytremann-Bridevaux I. Exploration des expériences et des besoins des patients diabétiques et des professionnels de la santé du canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de santé, 174).

4 Peytremann-Bridevaux I, Bordet J, Zuercher E, Burnand B. Caractéristiques des patients diabétiques

résidant dans le canton de Vaud 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).

5 ** Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996; 74:511-44.

6 * www.dovepress.com/impact-and-cost-of-a-2-week-community-based-screening-and-awareness-peer-reviewed-article-DMSO

7 Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003;26:725-31.

8 Schmid R, Vollenweider P, Bastardot, F, et al. Vali-

ation of type 2 diabetes mellitus risk score in a population-based cohort: CoLaus study. *Arch Intern Med* 2012;172:188-9.

9 * www.diafit.ch/fr/

10 * www.evivo.ch/web/evivo-fr/home

11 Richardson G, Kennedy A, Reeves D, et al. Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:361-7.

12 * www.recodiab.ch/

* à lire

** à lire absolument