

Analyse chez les patients atteints de diabète de type 2

Programme de «Chronic Care Management» au cabinet de médecine de famille

Dr méd. Rahel Sahli^a, Dr méd. Marc Jungi^a, Prof. Dr méd. Emanuel Christ^b, Dr méd. Adrian Goeldlin^a

^a Gruppenpraxis Bern, Sanacare AG; ^b Endokrinologie, Diabetologie und Metabolismus, Universitätsspital Basel



L'augmentation des personnes diabétiques et la raréfaction des ressources médicales dans la médecine de premier recours représentent des conditions difficiles pour garantir une prise en charge médicale de grande qualité. Nous présentons une approche possible pour le cabinet de médecine de famille.

Contexte

A l'échelle mondiale, le nombre de personnes diabétiques a quasiment quadruplé entre 1980 et 2014. D'après les relevés de l'Observatoire suisse de la santé, nous assistons également en Suisse à une augmentation continue de la prévalence du diabète, qui s'élève à 5,6%, avec une rapide augmentation de la prévalence liée à l'âge, avant tout après 55 ans. Les coûts directs et indirects générés par le diabète sucré s'élevaient à plus de 2,3 milliards de francs en 2011. Pour ces raisons, la Suisse, à l'unisson avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a fait du diabète une priorité dans sa stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (MNT).

Prise en charge actuelle des patients diabétiques dans la pratique

Les données disponibles concernant le recours aux prestations médicales des patients diabétiques en Suisse sont maigres. D'après une étude transversale réalisée dans le canton de Vaud, pratiquement tous les patients ont toutefois consulté au moins une fois, mais le plus souvent plusieurs, leur médecin de famille au cours de l'année précédente, et env. 70% ont en outre consulté un spécialiste [1]. En fonction de la complexité de la maladie diabétique, la coordination du traitement incombe néanmoins au médecin de famille. Pourtant, déjà d'ici 2025, il faut s'attendre à une pénurie de 5000 postes à temps plein de médecin de famille, avec une augmentation conséquente du nombre de patients par médecin [2]. Quelles données sont disponibles au sujet de la qualité de la prise en charge actuelle des patients diabétiques

en Suisse? Une étude ayant évalué les données de soins de santé d'un collectif d'assurés suisses incluant plus de 40 000 patients a révélé que seuls 4,8% des patients atteints de diabète de type 2 bénéficiaient de l'ensemble des examens issus de quatre indicateurs de qualité (tab. 1) [3].

Pourtant, les paramètres évalués et les conseils dispensés, entre autres, représentent des conditions indispensables à une prise en charge adéquate avec un processus thérapeutique basé sur l'évidence. Mais même en cas de diagnostic conforme aux lignes directrices, les mesures thérapeutiques nécessaires ne sont souvent pas mises en œuvre. Un indicateur de qualité plus adapté se compose dès lors du degré de réalisation des objectifs de contrôle glycémique, de l'ampleur des facteurs de risque cardiovasculaire, de l'inventaire des éventuelles complications diabétiques et de l'implémentation rapide des modifications thérapeutiques nécessaires.

Une autre étude a évalué le diagnostic et l'atteinte des objectifs concernant des indicateurs de qualité exhaustifs (tab. 2) dans 46 cabinets de médecine de famille qui, au sein du réseau de recherche FIRE («Family medicine ICPC Research using Electronic medical records»), pre-

Tableau 1: Quatre indicateurs de qualité de la bonne prise en charge des patients diabétiques, qui peuvent être collectés à partir des données de facturation des assurés (d'après [3]).

Mesure de l'HbA_{1c} 2x par an

Profil lipidique 1x par an

Bilan de la néphropathie avec créatinine sérique/albuminurie 1x par an

Contrôle ophtalmologique 1x par an

Par souci de lisibilité, la forme masculine et la forme féminine ne sont pas utilisées simultanément. Bien entendu, toutes les désignations de personnes valent à la fois pour le genre masculin et pour le genre féminin.



Rahel Sahli

Tableau 2: Indicateurs de qualité de la bonne prise en charge des patients diabétiques selon le «Swiss Quality and Outcomes Framework (SQOF)» (d'après [4]).

Pourcentage de patients diabétiques chez qui, au cours des 15 derniers mois suivant la dernière consultation:

1. un indice de masse corporelle (IMC) a été documenté.
2. un HbA _{1c} a été documenté.
3. un HbA _{1c} ≤7% a été documenté.
4. un HbA _{1c} ≤8% a été documenté.
5. un HbA _{1c} ≤9% a été documenté.
6. une mesure de la pression artérielle a été documentée.
7. une mesure de la pression artérielle avec des valeurs ≤145/85 mm Hg a été documentée.
8. une mesure du cholestérol total a été réalisée.
9. une mesure du cholestérol total a donné une valeur ≤5 mmol/l.
10. un dosage de la créatinine sérique a été réalisé.
11. Pourcentage de patients diabétiques chez qui un vaccin contre la grippe a été réalisé entre le 1 ^{er} septembre 2010 et le 31 mars 2011.

naient en charge près de 1800 patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 [4]. Une comparaison a en outre été réalisée avec les médecins de famille anglais, qui connaissent le principe «Pay-for-Performance» (P4P), un système de rémunération qui est censé favoriser l'application de processus de soins basés sur l'évidence au sein des cabinets de médecine de famille. Sur la base des dossiers médicaux électroniques, ce système détermine dans quelle mesure des critères de qualité définis sont remplis. Si ces critères sont satisfaits chez une proportion considérable de patients (en général ≥40%), le cabinet reçoit une récompense financière.

Dans les cabinets suisses, les critères de qualité étaient respectés à 46,9% en moyenne, ce qui était nettement plus mauvais que dans les cabinets anglais, qui affichaient un degré de satisfaction des critères de 97,9%. Malgré des lacunes systématiques au niveau de la collecte des données, le réseau de recherche montre également à quel point l'utilisation du dossier médical électronique est essentielle pour le contrôle de la qualité [4], alors que d'après le Baromètre suisse de la cybersanté 2016, cet outil est une réalité pour seulement la moitié des médecins installés en cabinet.

Le modèle du «Chronic Care Management» en tant qu'approche possible

Qu'est-ce que le «Chronic Care Management»?

Déjà en 1998, Wagner a décrit les conditions essentielles à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques, posant ainsi les bases du modèle du «Chronic Care Management» (CCM) [5]. Sur cette base, les outils du CCM sont:

- prise en charge structurée, proactive et assurée par une équipe: dans le contexte de la médecine de famille, en particulier médecin et assistante médicale;
- encouragement de l'autogestion du patient;

- adaptation du traitement médicamenteux par du personnel non-médecin de l'équipe sur la base des instructions du médecin;
- systèmes d'information clinique, qui permettent la mise en place de registres de maladies et de systèmes de suivi, d'aides décisionnelles et de fonctions de rappel des prochains examens nécessaires, ainsi qu'une mesure des critères de qualité;
- interaction améliorée entre les médecins de premier recours et les autres spécialistes;
- formation continue au sujet des lignes directrices basées sur l'évidence.

Que savons-nous des rôles possibles des assistantes médicales dans la prise en charge des malades chroniques?

Des données provenant des Etats-Unis montrent qu'un coaching santé assuré par les assistantes médicales permettait d'obtenir un meilleur contrôle de l'HbA_{1c}, du cholestérol LDL et (selon les études) de la pression artérielle par rapport au traitement conventionnel chez les patients à bas revenus présentant des facteurs de risque cardiovasculaire et métabolique [6, 7]. Une étude réalisée en Allemagne a analysé l'implication des assistantes médicales dans les nouveaux modèles de prise en charge des malades chroniques dans les petits cabinets de médecine de famille ayant des ressources limitées. Chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), d'insuffisance cardiaque chronique et de diabète sucré, il a été possible, moyennant des coûts raisonnables, d'obtenir une amélioration de la qualité de vie, mais pas une diminution du taux d'hospitalisations [8].

La prise en charge interprofessionnelle a augmenté à la fois la satisfaction des médecins concernant la qualité de la prise en charge et celle des assistantes médicales concernant leurs nouvelles tâches [9, 10]. Pour préparer les assistantes médicales qualifiées à leurs compétences élargies, il existe depuis quelques années en Suisse une formation postgraduée sanctionnée par un brevet fédéral «Coordinatrice en médecine ambulatoire orientation clinique».

Le CCM peut-il améliorer la qualité du traitement et les paramètres d'évaluation?

Même si la qualité variable des études complique l'évaluation des interventions, des améliorations de paramètres de processus ou de marqueurs de substitution (par ex. valeurs d'HbA_{1c} ou des lipides) ainsi qu'un potentiel de baisse des coûts ont pu être montrés avec les mesures décrites [11–14].

L'étude contrôlée et randomisée en grappes CARAT a elle aussi montré non seulement la faisabilité du modèle du

CCM dans les cabinets de médecine de famille suisses, mais aussi un effet positif sur la pression artérielle, le cholestérol LDL et la satisfaction des patients, mais pas sur l'atteinte de la valeur cible d'HbA_{1c} [15].

L'étude Steno-2, qui a montré une réduction impressionnante de la mortalité et des événements cardiovasculaires et microvasculaires, a défini un traitement multifactoriel en tant qu'approche de référence pour la prise en charge du diabète de type 2 [16]. L'étude Steno-2 peut toutefois aussi être interprétée selon la perspective que l'intervention reposait sur un travail d'équipe (médecin, infirmière, diététicienne) et était structurée, impliquant une intervention au niveau du style de vie et un traitement pharmacologique, autrement dit un contexte comparable au CCM.

Des analyses des programmes de «Diabetes Disease Management» introduits en Allemagne et en Autriche ont révélé un clair avantage de survie pour les participants (Autriche) [17] et une tendance favorable concernant la mortalité (Allemagne) [18].

Le programme de Sanacare

Dans 12 cabinets de médecine de famille de groupe situés en milieu urbain, nous proposons entre autres un CCM en équipe pour les patients atteints d'hypertension artérielle et de diabète sucré de type 2, qui s'inspire du modèle du CCM de Wagner. Chaque équipe de traitement est composée d'un médecin de famille et d'un coach, autrement dit d'une coordinatrice en médecine ambulatoire orientation clinique (CMA) ou d'une assistante médicale suivant une formation en vue de devenir CMA.

Le CCM se déroule en cycles d'1 an et se compose de deux phases:

1. Premier cycle: prise en charge du patient selon l'«evidence based medicine» (EBM) par le médecin de famille. En parallèle et de façon coordonnée, il y a une responsabilisation («empowerment») du patient, qui avec l'aide du coach, acquiert des connaissances fondamentales sur sa maladie et sur les stratégies de gestion de sa maladie et instaure des modifications concrètes du style de vie (conseils). Dans le cadre de cette démarche, il est prévu que le patient soit orienté vers une consultation diabétique ou diététique approfondie dans les situations complexes. La CMA ne remplace donc en aucun cas les consultations spécialisées.
2. Phase d'entretien: poursuite de la prise en charge du patient selon l'EBM. En cas d'évolution non compliquée, environ la moitié des contrôles, y compris les adaptations du traitement médicamenteux, sont assurés par le coach conformément aux instructions du médecin.

Avant chaque cycle, des objectifs liés à la maladie et des objectifs comportementaux sont définis conjointement, et à la fin du cycle, l'atteinte des objectifs et la satisfaction du patient (au moyen du questionnaire «European Practice Assessment» [EPA]) sont évaluées. Les résultats servent de base pour la fixation des objectifs du cycle suivant.

Pour l'ensemble du collectif de patients traités, les paramètres d'évaluation médicaux et le respect des parcours de soins prévus sont évalués annuellement. A cet effet, notre projet s'appuie entre autres sur le score de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) pour une bonne prise en charge de la maladie (tab. 3). Pour ce score, un nombre variable de points est octroyé en fonction du degré de mise en œuvre de processus et résultats pertinents et faciles

Tableau 3: Score selon la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie pour une bonne prise en charge de la maladie chez les patients atteints de diabète de type 2.

Valeur de mesure, fréquence par an, valeur cible pour une population de patients	Nombre de points obtenus par Sanacare/nombre de points maximal
Contrôles réguliers (≥3/an chez >80% des patients)	10/10
Mesures relatives au style de vie (≥1/an chez 80% des patients)	
– Conseils concernant le poids et l'activité physique (si IMC ≥25)	5/10
– Traitement ou conseils concernant l'arrêt du tabac (chez les fumeurs)	5/10
Mesure de l'HbA _{1c} (≥2/an)	
– HbA _{1c} <9% chez ≥85% des patients	12/12
– HbA _{1c} <8% chez ≥60% des patients	Plus 8/8
– HbA _{1c} <7% chez ≥40% des patients	Plus 5/5
Mesure de la pression artérielle (≥2/an)	0/15
– <140/90 mm Hg chez <65% des patients	
Mesure du cholestérol LDL (≥1/an, <75 ans)	
– <3,37 mmol/l chez ≥63% des patients	10/10
– <2,6 mmol/l chez ≥36% des patients	10/10
Dépistage de la néphropathie (≥1/an chez >80% des patients)	5/5
Examen ophtalmologique (≥1/an chez >80% des patients)	10/10
Examen du pied (≥1/an chez >80% des patients)	5/5

Tableau 4: Résultats du programme de «Chronic Care Management» (CCM) de Sanacare.

Moment	Inclusion: Ø et SD	Fin: changement Ø et SD
Indice de masse corporelle [kg/m ²]	31,7 ± 5,2	-0,9 ± 1,8
Poids [kg]	89,5 ± 17,8	-2,3 ± 4,6
Cholestérol LDL [mmol/l]	2,7 ± 1,1	0,1 ± 0,8
Pression artérielle syst. [mm Hg]	142 ± 19	-6 ± 21
Pression artérielle diast. [mm Hg]	82 ± 12	-4 ± 10
HbA _{1c} [%]	7,1 ± 1,3	-0,5 ± 1,3
Patients actifs physiquement [% du collectif]	25%	+ 8%

à évaluer, les valeurs cibles s'appliquant pour la prise en charge d'un groupe de patients [19, 20].

Nos résultats

L'analyse rétrospective de 235 patients atteints de diabète sucré de type 2 (âge $66,3 \pm 10,8$ ans; 41% de femmes et 59% d'hommes) a révélé sur une période de 2 ans une diminution du poids, de la pression artérielle systolique et diastolique et de l'HbA1c, un cholestérol LDL stable, et une augmentation de l'activité physique (tab. 4). Le traitement remplissait les critères de bonne prise en charge de la maladie selon le score de la SSED (tab. 3). Durant cette période, il n'y a eu aucune hospitalisation. Au niveau de l'analyse de la satisfaction des patients, une amélioration statistiquement significative des résultats de l'équipe a été constatée, notamment en ce qui concerne l'information au sujet de la maladie et des symptômes associés et l'aide dans la gestion émotionnelle de la maladie.

Conclusions et perspectives

Nos expériences montrent qu'une implémentation en équipe du modèle du «Chronic Care Management» au sein d'une organisation de cabinets de médecine de famille suisses est possible et conduit à une qualité de traitement et à une satisfaction des patients élevées. Le score de la SSED s'est avéré utile dans la pratique clinique. Selon nous, le CCM peut également être implémenté dans d'autres cabinets de médecine de famille.

Le recours aux dossiers médicaux électroniques (entre autres avec évaluation systématique de critères de qualité, «module de pilotage» avec messages de rappel des examens de contrôle devant être réalisés) améliore l'atteinte du «standard of care» dans la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques. Les exigences que doit remplir une prise en charge du diabète basée sur les technologies de l'information ont déjà été développées et ont également pu être transposées à d'autres maladies chroniques (par ex. BPCO) [21].

A notre avis, la nouvelle profession de CMA et son intégration dans un CCM a un grand potentiel pour être impliquée plus largement dans la prise en charge des malades chroniques au vu de la future pénurie de médecins de famille.

Remerciements

Nous remercions les 12 cabinets Sanacare pour leur participation engagée et la collecte régulière des sets de données nécessaires, le groupe de travail interprofessionnel «Disease Management Diabetes» de la SSED (Peter Diem, Michael Braendle, Gentiane Colque, Astrid Czock, Doris Fischer-Taeschler, Giacomo Gastaldi, Isabelle Hagon-Traub, Margrit Hasler, Isabelle Zanella-Ayer) et la SSED pour l'emploi du score SSED élaboré par ce groupe de travail.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08055>.

Correspondance:
Dr méd. Rahel Sahli
Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie u.
Allgemeine Innere Medizin
Gruppenpraxis Bern
Bubenbergrplatz 10
CH-3011 Bern
[rahel.sahli\[at\]sanacare.ch](mailto:rahel.sahli[at]sanacare.ch)