

Indicateurs de suivi du diabète

(Document de travail confidentiel, à ne pas publier)

Le groupe de travail sur les indicateurs de suivi du diabète s'est réuni à 2 reprises, le 18/03/2015 et le 22/04/2015. Étaient présents à au moins une des réunions sur base du bénévolat : Dr Catherine Atlan, Dr Michael Witsch, Dr Christian Schmit, Dr Sébastien Worré, Dr Marc Kieffer

Le diabète de type 2 représente un enjeu de santé publique dans tous les pays industrialisés. L'identification d'indicateurs de suivi est une condition essentielle pour estimer la qualité de la prise en charge d'une pathologie et pouvoir mettre en place un plan d'amélioration de celle-ci une fois cet état des lieux établi.

A. Indicateurs de suivi et Evaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles liées au diabète est présente dans de nombreux systèmes de santé notamment les systèmes de performance australiens (Australian Council on Healthcare Standards) et anglais (NHS) par exemple. Aux Etats-Unis, de très nombreux systèmes d'indicateurs de qualité des soins prodigués aux diabétiques ont été développés, au sein d'initiatives locales comme à l'échelle nationale. Par exemple, la National Diabetes Quality Improvement Alliance (NDQIA) est soutenue par 13 associations publiques ou privées (Agency for Healthcare Research and Quality, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, National Committee for Quality Assurance, American Diabetes Association, American Medical Association)

Les **10 indicateurs** proposés par la NDQIA abordent les thèmes suivants (développés à partir des recommandations américaines) :

- L'hémoglobine glyquée (HbA1c)
- Les dyslipidémies
- Le dépistage d'une protéinurie
- L'examen ophtalmologique
- L'examen des pieds
- La vaccination contre la grippe
- Le contrôle tensionnel
- Le traitement anti-aggrégant
- Le tabagisme
- Diabète et obstétrique.

B. Registre de patients

Le corollaire à l'utilisation des indicateurs de suivi est l'existence d'un registre de patients.

Ce registre implique la notion de **déclaration de la maladie**. Puisqu'on ne peut pas envisager de déclaration obligatoire pour une maladie non contagieuse, il faut donc que cette déclaration soit volontaire et cette déclaration doit être "incitée".

Qui déclare?

- Le médecin qui pose le diagnostic, ou le médecin référent
- Le patient : il est ici important de noter que pour le patient la déclaration de sa maladie présente souvent a priori plus d'inconvénients que d'avantages: le diabète peut lui faire perdre son permis de conduire, son travail, peut augmenter sa prime d'assurance complémentaire, d'assurance pour son crédit immobilier...

Comment?

Simple déclaration papier comportant le code de maladie international: E11 pour le DT2 ou E10 pour le DT1

Ouverture d'un dossier électronique "diabète"

Ce registre devra être capable **d'identifier les différents types de diabète** ou au moins d'individualiser le diabète de type 1 pour lequel les indicateurs et parcours de soins sont différents

Quel bénéfice?

Le(s) bénéfice(s) pourrai(en)t être - quel que soit le déclarant :

- **Pour le patient** essentiellement l'accès à un meilleur taux de remboursement de certaines prestations, par exemple :
 - Le remboursement de l'autocontrôle des glycémies capillaires – s'il est indiqué, à un rythme à définir
 - Le remboursement des soins de pédicurie – s'ils sont indiqués, à un rythme à définir
 - L'accès à une consultation de diététique, à un rythme à définir
 - L'accès à un système/plateforme documentaire sur internet (exemple SOPHIA en France) ou des consultations d'éducation thérapeutique au sein de programmes agréés
- **Pour le médecin** généraliste et/ou le spécialiste, par exemple :
 - Un éventuel système de rémunération à la performance (comme en Angleterre ou en France)
 - Un bonus pour consultation longue

C. Choix des indicateurs

En règle générale, la sélection des critères sources d'indicateurs doit suivre les règles suivantes :

1. Etre issus de recommandations de bon niveau de preuve (niveau A si possible) exemple : recommandations ADA (American Diabetes Association), ou NICE (UK), ou HAS (France)
2. Avoir un caractère discriminant à priori : c'est-à-dire que les professionnels considèrent qu'il existe une variabilité des pratiques en ce qui concerne ce critère;
3. Refléter une pratique pour laquelle existe un potentiel d'amélioration important : les professionnels considèrent qu'il existe un potentiel d'amélioration des pratiques important : exemple : dosage de la microalbuminurie ou fond d'oeil
4. Ne pas constituer un thème sur lequel l'évolutivité des pratiques est rapide
5. Présenter une définition précise, opérationnelle et partagée
6. Renvoyer à un mode de recueil des données facile et aisément standardisable
7. Etre développés en nombre limité (≤ 8) pour chaque situation clinique, l'ensemble devant couvrir de la manière la plus fidèle la situation clinique à laquelle le professionnel est confronté.

L'identification des indicateurs de suivi du diabète n'appartient pas aux membres du groupe de travail, car il existe de très nombreux documents, consensus et avis d'experts qui ont depuis plusieurs années déterminé ceux-ci.

Pour résumer ce qui est actuellement plus ou moins consensuel dans ces différents documents et qui pourrait servir de base de travail :

- Indicateurs de suivi biologique

- Mesure de l'HbA1c : pour évaluer l'efficacité du traitement
- Dosage pondéral de la micro-albuminurie sur échantillon ou sur 24 heures \pm mesure de la créatinine sanguine : pour dépister la néphropathie
- Bilan lipidique : Cholestérol total, HDL, LDL, Triglycérides : pour l'évaluation du contrôle des facteurs de risques cardiovasculaire

- Indicateurs de suivi clinique

- poids ou IMC \pm périmètre abdominal
- tension artérielle

- Actes techniques

- Réalisation d'un fond d'œil et ou d'un rétinogramme
- Réalisation d'un ECG
- Examen par effet Doppler des gros vaisseaux
- Dépistage d'ischémie myocardique silencieuse : Epreuve d'effort ou échographie d'effort ou scintigraphie myocardique

- Indicateurs de suivi thérapeutique

- Prescription de médicaments : aspirine, statine, IEC ou sartan
- Types de traitement antidiabétique

Pour tous ces critères, il appartiendra au Conseil scientifique :

- de suggérer aux laboratoires des recommandations des méthodes de dosage et /ou de standardisation et un rendu des résultats en accord avec les recommandations internationales
- de se prononcer sur le rythme auquel il recommande de contrôler ces indicateurs
- de se prononcer sur les valeurs seuils de ceux-ci impliquant une décision thérapeutique et/ou une orientation du parcours de soin

Concernant le registre et les indicateurs de suivi, plusieurs questions restent ouvertes :

- Le type de système informatique qui doit être utilisé :
 - dossier médical partagé ?
 - dossier « diabète », type carnet de santé/de maternité ?
- La personne en charge du report des résultats des indicateurs :
 - Uniquement le médecin généraliste ?
 - Tous les intervenants autorisés par le patient: le médecin référent, les spécialistes, accès direct des laboratoires... ?
 - un organisme central national chargé de la collection des données ?

Références

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256.pdf>

Evaluation de la prise en charge du diabète Rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport 2012 , France)

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg87/chapter/1-Guidance>

www.nationaldiabetesalliance.org.

Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries. A. Nicolucci, S. Greefield, S. Mattke
International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 26–30 10.1093;