

La définition et la classification des diabètes sucrés

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DIABÈTE SUCRÉ

- 1- Symptômes du diabète (polyurie, polydipsie, perte de poids inexpliquée) + une glycémie casuelle (quelle que soit l'heure du prélèvement, y compris post-prandiale) ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l).
- 2- Glycémie à jeun (8 heures ou plus de jeûne) $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l). Ce chiffre doit être vérifié un autre jour.
- 3- Glycémie ≥ 2 g/l 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose per os. La pratique de l'HPO (hyperglycémie provoquée par voie orale) n'est pas recommandée en pratique clinique.

CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUES DES DIABÈTES SUCRÉS

I- Diabète de type 1 (destruction des cellules β , conduisant habituellement à une carence en insuline absolue)

- A. Liée à une pathologie du système immunitaire
- B. Idiopathique

II- Diabète de type 2 (spectre variable, d'une résistance à l'action de l'insuline prédominante avec déficit insulinosécrétoire relatif à un déficit insulinosécrétoire prédominant avec résistance à l'action de l'insuline)

III- Autres types de diabète spécifiques

- A- Défauts génétiques de la fonction des cellules β
- B- Défauts génétiques de l'action d'insuline
- C- Diabètes pancréatiques
- D- Endocrinopathies
- E- Diabètes induits par des médicaments ou des toxiques
- F- Infections
- G- Formes rares de diabète liées à une pathologie du système immunitaire
- H- Autres syndromes génétiques s'accompagnant parfois d'un diabète

Source : American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1998 ; 21(suppl) :55-19.

Impact du programme d'intervention de l'Assurance maladie sur le diabète de type 2

A. Weill, P. Ricordeau, N. Vallier, R. Bourrel, J. Guilhot, P. Fender, H. Allemand, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris

INTRODUCTION

En juin 1999, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'Assurance maladie des professions indépendantes ont pris l'initiative de mettre en place un programme d'intervention en santé publique qui avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la prise en charge médicale des diabétiques de type 2. Ce programme constituait l'une des réponses aux propositions de la conférence nationale de santé qui, en juin 1998, souhaitait voir « responsabiliser le médecin et le diabétique lors de la demande et du renouvellement de l'ALD » qui permet la prise en charge à « 100 % » par l'assurance maladie des soins liés au diabète. La même année, le Haut comité de santé publique, retenait comme une priorité le diabète de type 2 décrit comme une « réalité sanitaire préoccupante » [1].

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le programme d'intervention de l'Assurance maladie consistait lors des demandes d'exonération du ticket modérateur de personnes diabétiques à promouvoir auprès des médecins traitants les règles de bonne pratique clinique préconisées. Du 1^{er} juin au 31 décembre 1999 à chaque fois qu'un médecin demandait pour un de ses patients diabétiques, l'exonération du ticket modérateur, il était sollicité par un médecin conseil pour s'entretenir avec lui des recommandations de l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (Anaes) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps). Trois thèmes étaient abordés au cours de ces visites : la notion d'objectif glycémique traduit en objectif d'HbA1c, la prise en compte du risque cardiovasculaire global et le dépistage des complications.

Durant cette période, 22 940 médecins ont été contactés par les médecins conseils ; effectif qui correspond à 35,7 % de l'effectif total de médecins libéraux ou hospitaliers susceptibles de prendre en charge les diabétiques de type 2. Le plus souvent (67,4 %), ces échanges entre médecins traitants et médecins conseils ont pris la forme d'une visite au cabinet du médecin. Dans le même temps, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) ont engagé de multiples actions de sensibilisation auprès des usagers et des médecins en partenariat le plus souvent avec les Unions régionales de médecins libéraux (URML).

Pour l'évaluation de ce programme d'intervention, nous avons choisi de réaliser une étude de type avant/après comportant trois mesures : un audit initial se rapportant à l'état des lieux de la prise en charge des malades en 1998 (avant la réalisation des interventions) ; un audit intermédiaire portant sur la situation observée en 1999 (année durant laquelle se sont déroulées les interventions) un audit final (après la réalisation des interventions) portant sur la prise en charge des malades durant l'année 2000.

Cette étude a été réalisée en interrogeant les bases de données de remboursement du Régime général de l'assurance maladie. L'utilisation de ces données pour évaluer la prise en charge des diabétiques de type 2 en identifiant les prestations qui leur ont été remboursées, repose sur le caractère spécifique des médicaments antidiabétiques. Au moment du lancement de la troisième mesure, début 2000, le codage des médicaments permettant l'identification des malades, était presque exhaustif. Le bilan final, relatif à l'année 2000, porte sur la prise en charge des 911 871 diabétiques non insulino-traités identifiés par les codes des médicaments remboursés, soit près de 90 % de l'ensemble des malades traités par médicaments. L'étude initiale, réalisée deux ans plus tôt, ne portait que sur environ trois-quarts de la population de diabétiques de type 2 repérés cette année-là mais, compte tenu des caractéristiques de la montée en charge du codage, les résultats enregistrés pouvaient, à l'époque, être extrapolés à l'ensemble de cette population. Notre étude s'est attachée à mesurer, entre 1998 et 2000, l'évolution de la prise en charge collective des malades en matière de suivi du contrôle glycémique et de dépistage des complications dégénératives [2].

Les résultats présentés le sont sans intervalle de confiance car la population incluse, dont l'effectif est très important, n'est pas stricto sensu un échantillon mais s'apparente à une population exhaustive. C'est aussi la raison pour laquelle les évolutions observées n'ont pas été testées.

RÉSULTATS

Évolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. Cnamts

	Année 1998	Année 1999	Année 2000
Effectif de la population incluse*	651 574	830 440	911 871
Age moyen	64,3 ans	64,4 ans	64,4 ans
Sex-ratio H/F	1,07	1,09	1,10
Détermination de l'HbA1c	41,3 %	55,0 %	60,6 %
Examen ophtalmologique	39,1 %	41,5 %	40,9 %
Electrocardiogramme	27,9 %	29,7 %	30,2 %
Dosage de la cholestérolémie	57,4 %	59,8 %	62,4 %
Dosage de la créatininémie	67,0 %	69,2 %	71,1 %
Dosage de la microalbuminurie	10,8 %	14,3 %	15,4 %
Suivi bucco-dentaire	31,3 %	31,7 %	32,3 %

* l'effectif sélectionné dépend du taux de montée en charge du codage de la pharmacie.

La proportion de diabétiques non insulino-traités ayant bénéficié au cours d'un semestre, d'au moins un dosage d'HbA1c comme le recommandaient les experts de l'ANAES en janvier 1999, est passée de 41,3 % en 1998 à 60,6 % en 2000, soit une progression de 46,7 % (+ 19,3 points). A l'inverse durant la même période, la proportion de patients suivis uniquement par des glycémies a diminué de moitié passant de 38,4 % à 19,0 %.

Le dépistage annuel des complications ophtalmologiques, recommandé par l'Anaes, a été davantage réalisé en 2000 qu'en 1998 : 40,9 % des malades en ont bénéficié, versus 39,1 % soit

24 000 malades supplémentaires. Il en est de même du dépistage des complications cardiovasculaires par un électrocardiogramme (ECG) : 30,2 % en 2000, versus 27,9 % en 1998. Le dépistage des anomalies lipidiques (cholestérolémies) a également progressé : 62,4 % en 2000, versus 57,4 % en 1998. Enfin, le dépistage des complications néphrologiques s'est amélioré avec une plus grande fréquence des dosages de la créatininémie (71,1 % en 2000, versus 67,0 % en 1998) et des dosages de la microalbuminurie (15,4 % en 2000, versus 10,8 % en 1998).

L'amélioration de la prise en charge des diabétiques de type 2 est plus marquée chez les malades bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur pour ALD 30, et particulièrement chez ceux dont l'ALD 30 était récente. Cette observation concerne tous les paramètres (dosages d'HbA1c, suivi et dépistage des complications dégénératives).

DISCUSSION

L'amélioration des pratiques, plus marquée en 1999 (année des échanges confraternels) qu'en 2000 mais aussi plus prononcée chez les malades en ALD, est un élément en faveur d'un lien entre la campagne d'interventions de l'Assurance maladie et les progrès observés dans la prise en charge collective des patients diabétiques. Les résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'ils sont pour l'ensemble du territoire du même ordre de grandeur que ceux obtenus, entre 1995 et 1996, sur une zone géographique limitée pour des médecins généralistes volontaires qui avaient assisté à des réunions multidisciplinaires au cours desquelles les écarts aux recommandations, mesurés par un audit de pratiques, étaient analysés et discutés [3].

De nombreux travaux ont démontré que les visites confraternelles étaient des interventions efficaces ayant un effet important sur la mise en œuvre effective des recommandations médicales [4], et c'est ce que confirme notre étude. Cependant, la mise en place d'une telle stratégie, à l'échelle d'une collectivité nationale, n'a, à notre connaissance, jamais été rapportée dans la littérature. Ces travaux portent, généralement, sur des effectifs de l'ordre de quelques dizaines de médecins ou, plus rarement, de quelques centaines de professionnels de santé [4] alors que nos interventions ont consisté à rencontrer près de 23 000 médecins.

Pour certains paramètres, suivi ophtalmologique annuel notamment, la situation des malades en 2000, après la fin des interventions, était, d'un point de vue collectif, peu améliorée par rapport à ce qu'elle était en 1998 (avant la campagne de visites confraternelles). Encore faudrait-il, tout de même, relativiser cette observation. Avec un effectif de 1 330 000 diabétiques de type 2 relevant du seul Régime général [5], une progression d'un seul point de la valeur de ce paramètre signifie que 13 300 malades supplémentaires ont été pris en charge par le système de santé conformément aux recommandations des experts.

En matière de dépistage et de suivi des complications dégénératives, les progressions enregistrées ont été modestes comparativement aux évolutions observées en matière de suivi du contrôle glycémique par dosages d'HbA1c. Les raisons en sont multiples (difficultés à prendre en considération de nouvelles références en contradiction avec l'enseignement reçu au cours des études ; crainte de perdre un client ; réticence des malades ; impossibilité d'obtenir un rendez-vous ; coût excessif de certains examens, etc.) et elles expliquent que la compliance aux recommandations de bonne pratique varie d'une recommandation à l'autre [6]. Certaines préconisations des experts s'avéraient plus difficilement acceptables que d'autres par les professionnels de santé. C'est le cas, sans doute en raison du mode d'organisation de la médecine libérale, de la réalisation annuelle d'un examen ophtalmologique et d'un bilan cardiovasculaire incluant un ECG de repos.

Le dispositif en réseau ou du « médecin référent » ou son équivalent, peut constituer une réponse adaptée en assurant au médecin généraliste un rôle de coordination des soins et de suivi du patient en favorisant la communication avec spécialistes et paramédicaux. D'autres réponses sont sans doute envisageables. Elles passent notamment par une plus grande responsabilisation des malades et une incitation répétée à obtenir du système de santé les examens préconisés. Il est probablement difficile, concernant ces recommandations d'obtenir une modification sensible et durable des pratiques sans le développement de solutions impliquant l'ensemble des acteurs du système de santé.

CONCLUSION

La mise en place d'un programme d'intervention en santé publique incitant les médecins traitants à une démarche plus proche des recommandations pour le suivi des diabétiques a largement porté ses fruits. Une réelle amélioration de la prise en charge médicale a été observée. Cette étude montre également que l'exploitation des données de remboursement de l'assurance maladie permet d'observer certains aspects de la prise en charge collective des malades. Ces analyses statistiques en population constituent une alternative à des enquêtes lourdes même si, par construction, elles excluent certaines populations de malades (malades non dépistés ou traités par régime seul). Elles peuvent également se concevoir comme le point de départ d'enquêtes plus qualitatives sur les freins et les leviers pour continuer d'améliorer la prise en charge médicale et organisationnelle des personnes atteintes de diabète.

RÉFÉRENCES

- [1] Haut comité de la santé publique. Rapport du groupe de travail diabète. Prévention, dispositif de soins et éducation du patient. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris. 1998.
- [2] Ricordeau P, Weill A, Bourrel R, Vallier N, Schwartz D, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2. Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. Paris, Février 2002, Direction du service médical, Cnamts, 32 p.
- [3] Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S, Chapiro O, Pichard S, Lebigot A, Moulonnet M, Attali C, Bayle A, Bénier J, Charpentier G. La coopération des généralistes et des diabétologues et un audit de pratique améliorent la prise en charge des diabétiques non insulino-dépendants. *Diabetes Metab.* 1999 ; 25 : 55-63.
- [4] Durieux P. Les actions de diffusion et de formation. In : P. Durieux ed. Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale. Flammarion. Paris. 1999, 11-18.
- [5] Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. *Diabetes Metab.*, (Suppl. 6) 2000, 11-24.
- [6] Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Int'Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice : observational study. *BMJ.* 1998 ; 317 : 858-61

De la déclaration de Saint-Vincent au programme national diabète

□ En 1989, la **déclaration de Saint-Vincent**, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé et la Fédération internationale du diabète et les différents ministères européens, propose un programme sur l'amélioration de la qualité des soins aux diabétiques.

□ En 1998, le Haut comité de santé publique rédige un rapport qui retient le diabète comme priorité de santé publique.

□ En juin 1998, la Conférence nationale de santé reprend les conclusions du Haut comité de santé publique.

□ En juin 1998, l'Assurance maladie lance un programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2.

□ En 1999, l'Anaes publie les recommandations de bonne pratique clinique : « Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications » et l'Afssaps publie : « Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations et bonnes pratiques ».

□ En mai 1999 paraît la circulaire DGS/DH sur l'organisation des soins aux personnes diabétiques de type 2.

□ En 2000, l'Anaes publie : « Stratégie de prise en charge du patients diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications ».

□ En 2001, Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, présente le **programme national nutrition santé**.

□ En 2001, Bernard Kouchner présente le **programme d'actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2** qui prévoit cinq axes.

1 - **Prévenir le diabète par le développement d'une politique nutritionnelle en métropole et dans les départements d'outre-mer** par : une campagne de communication grand public ; un document de référence pratique en matière d'alimentation ; l'application de la circulaire interministérielle relative à la composition des repas servis en restauration scolaire.

2 - **Renforcer le dépistage du diabète.**

3 - **Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins** : inciter tous les professionnels au respect des bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques ; faciliter la surveillance infirmière ambulatoire pour prévenir les complications ; améliorer la qualité de la surveillance biologique ; améliorer la prise en charge du pied diabétique ; mieux encadrer le suivi des diabétiques équipés de pompe portable à insuline.

4 - **Améliorer l'organisation des soins** : développer les réseaux de prise en charge du diabète ; organiser le suivi épidémiologique du diabète pour adapter les soins aux besoins de la population ; améliorer le suivi des pratiques pour adapter les actions aux besoins ; favoriser une meilleure élimination des déchets.

5 - **Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé** : faciliter l'accès à l'éducation thérapeutique ; encourager les actions de prévention dans l'environnement familial et professionnel.

Ces deux programmes disposent des sites : www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition/index.htm - www.sante.gouv.fr/hm/actu/diabete/prog.htm

Entred : lancement d'une étude sur un échantillon national de 10 000 personnes diabétiques traitées

P. Brindel, A. Fagot-Campagna, C. Petit, V. Coliche, H. Isnard, D. Simon, M. Varroud-Vial, A. Weill, pour le Comité scientifique d'Entred

L'étude nationale baptisée Entred pour « Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques » débute en mars 2002. Cette étude est coordonnée par l'Association nationale de coordination des réseaux diabète, l'Ancred (voir encadré).

Entred a deux objectifs principaux : d'une part, la description, l'évaluation et la surveillance de la santé des patients diabétiques traités vivant en métropole ainsi que celle des modalités et des résultats de leur prise en charge médicale, d'autre part, l'évaluation des réseaux de soins des patients diabétiques grâce à la comparaison des patients suivis dans le cadre de ces réseaux à ceux suivis en pratique usuelle.

Par son premier objectif, Entred permet de décrire les caractéristiques socio-démographiques nationales et régionales, l'état de santé général et spécifique au diabète, les modalités du traitement et les résultats biologiques et médicaux, la qualité de vie générale et liée au diabète, les connaissances et le comportement du patient par rapport à la maladie, la satisfaction des patients et des soignants, la consommation médicale et les hospitalisations, et les fréquences et causes de décès. Entred permet également d'évaluer la prise en charge des patients diabétiques par rapport aux recommandations de bonnes pratiques de l'Anaes et de l'Afssaps.

Au travers de son deuxième objectif, Entred vise à évaluer les réseaux de soins aux patients diabétiques qui ont été établis ces dernières années. Les réseaux ont à leur disposition les outils méthodologiques d'Entred (questionnaires, programmes statistiques) et peuvent ainsi décrire les personnes diabétiques qu'ils prennent médicalement en charge. Les réseaux pourront par la suite comparer les modalités de traitement et les résultats obtenus au sein des réseaux à ceux obtenus au sein de l'échantillon témoin national ou régional correspondant décrit par Entred afin de s'auto-évaluer par rapport à des critères qui leur sont propres.

Grâce à son renouvellement tous les trois ans, Entred deviendrait un système de surveillance du diabète.

MÉTHODOLOGIE

A partir des fichiers de soins remboursés de l'Assurance maladie, la Cnamts a effectué le tirage au sort simple d'un échantillon représentatif de 10 000 personnes diabétiques traitées auxquelles un questionnaire a été envoyé. Après accord des patients, un questionnaire complémentaire a été envoyé à leur médecin.

La population source

La population source est constituée de l'ensemble des adultes bénéficiaires du Régime général des travailleurs salariés de l'Assurance Maladie ayant été remboursés d'au moins une prescription d'hypoglycémisants oraux et/ou d'insuline durant le dernier trimestre de l'année 2001.

L'échantillon représentatif

Dix mille personnes diabétiques ont été tirées au sort à partir de leur clef matriculaire (deux derniers chiffres du numéro d'immatriculation inter-régime réparti aléatoirement). Un taux de réponse de 70 % est attendu, soit environ 700 personnes diabétiques de type 1 et 6 300 personnes diabétiques de type 2. Cet effectif est nécessaire pour mettre en évidence une différence significative de 4 % entre le pourcentage des hospitalisés parmi les patients diabétiques de type 2 appartenant à un réseau de 1 000 patients et celui de l'échantillon national. Cet effectif de 10 000 personnes permettra également d'obtenir des estimateurs d'une précision suffisante lors de l'analyse au niveau national et ainsi que dans la plupart des sous-analyses régionales.

Les sources de données

Quatre sources de données seront disponibles : les questionnaires « patients », les questionnaires « médecins », la requête du Système d'information de l'assurance maladie (SIAM) de la Cnamts et les résultats de l'enquête auprès des hôpitaux.

Les questionnaires

La validation des questionnaires a été réalisée en 2001. Les items des questionnaires ont d'abord été sélectionnés après une revue bibliographique et par rapport aux objectifs des réseaux et du plan national diabète. Ils ont ensuite été sélectionnés par un vote au sein du comité scientifique portant sur tous les items, ceux-ci étant évalués par rapport aux objectifs de l'étude (méthode delphi). Enfin les questionnaires ont été testés au sein d'un échantillon non aléatoire de patients et de médecins.

Le questionnaire « patient »

Un questionnaire confidentiel, précédé d'une lettre d'information sur l'enquête, a été envoyé en mars 2002 aux 10 000 personnes diabétiques, accompagné d'une demande d'autorisation de contacter leur médecin traitant. Ce questionnaire composé de trois parties apporte des éléments à la fois

subjectifs et objectifs sur la maladie. La première partie recueille successivement des données socio-démographiques, les antécédents, l'état de santé, les habitudes de vie, le type de diabète et son mode de début, le traitement actuel du diabète (médicaments, conseils diététiques et exercice physique) avec ses modalités, son observance et sa surveillance, l'auto-surveillance glycémique, les consultations (fréquence et type), et les hospitalisations (motifs et durée) pendant l'année 2001. Dans la deuxième partie, la personne diabétique évalue, d'une part, sa propre prise en charge du diabète, et, d'autre part, la qualité des soins, l'éducation, et l'aide apportées par les soignants ou l'entourage. Enfin, la dernière partie est consacrée à l'évaluation de la qualité de vie de la personne diabétique.

Le questionnaire « médecin »

Il est composé d'une première partie concernant les éléments objectifs portant sur la santé du patient diabétique tiré au sort (résultats de l'examen clinique et des examens biologiques, facteurs de risque cardio-vasculaire, antécédents, symptomatologie et complications liées au diabète, examens biologiques, hospitalisations). La deuxième partie permet au médecin d'évaluer sa propre satisfaction concernant les soins et l'éducation délivrés aux patients diabétiques en général, ainsi que ses relations avec les autres acteurs de santé qui entourent les patients diabétiques.

Suivi des questionnaires et collecte d'informations complémentaires

Des relances postales et téléphoniques des patients et de leurs médecins traitants ont été prévues pour atteindre un taux de réponse de 70 %. Une requête du SIAM de la Cnamts apportera des renseignements complémentaires sur l'ensemble des soins, médicaments, et hospitalisations remboursés en 2001. Une enquête par courrier auprès des hôpitaux, éventuellement suivie de relances écrites puis téléphoniques, permettra de connaître la cause, les lieux, et la durée des hospitalisations en 2001. Des requêtes SIAM sont prévues en 2002 et 2003 afin d'effectuer un suivi à court terme de cet échantillon et une enquête de mortalité aura lieu en cas d'interruption des remboursements.

Confidentialité

Entred a obtenu l'accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) concernant le traitement des données. Les bases d'analyse sont anonymes afin de respecter la confidentialité des informations.

ANALYSE PRÉVUE

Elle comportera l'analyse évaluative des soins et des résultats biologiques et médicaux des patients par rapport aux recommandations officielles, l'analyse de la satisfaction du patient et de celle du médecin et l'analyse du coût direct du diabète. Une analyse explicative recherchera des disparités géographiques, socio-démographiques et autres concernant l'état de santé des patients, leur prise en charge, les résultats de leur traitement, et leur qualité de vie afin de caractériser des populations diabétiques dont la prise en charge est le moins adaptée et de dégager les mécanismes explicatifs potentiels. Enfin, Entred fournira une base d'analyse comparative aux réseaux de soins aux personnes diabétiques qui veulent s'évaluer en comparant les patients diabétiques suivis dans le cadre des réseaux à ceux suivis en pratique usuelle et appartenant à l'échantillon national ou régional correspondant de l'étude Entred. Les plans d'analyse proposés par Entred permettront d'ajuster sur les différences socio-démographiques et les différences portant sur l'état de santé de base des patients qui peuvent exister entre les populations suivies dans les réseaux et celles suivies en pratique générale. L'évaluation de la qualité des soins et des résultats sera effectuée par rapport à des critères fixés par chaque réseau et basés sur ceux de l'Anaes et de l'Afssaps.

DISCUSSION

Entred devrait apporter des données représentatives de la population de la Cnamts et faire ainsi un état des lieux indispensable face à la mise en place d'interventions comme, par exemple, l'établissement de réseaux de soins aux personnes diabétiques dont le but est d'améliorer la coordination des soins [1].

Renouvelable tous les trois ans à partir d'un nouvel échantillon, Entred deviendrait ainsi un outil d'évaluation indispensable en soulignant l'évolution des différentes prises en charge et leurs conséquences sur la santé des patients diabétiques. Tout en prolongeant le programme de la Cnamts [2], Entred apportera donc de nouvelles données complémentaires et indispensables à l'évaluation des résultats de la prise en charge comme l'HbA1c, la pression artérielle, le taux de lipides, les résultats du fond d'œil, etc...

La méthodologie de recueil des données par un auto-questionnaire est plus adaptée à un échantillon de 10 000 personnes que l'administration indirecte d'un questionnaire par un enquêteur. Le patient est ainsi libre de remplir le questionnaire en plusieurs fois et de répondre à des questions