

Serveur Académique Lausannois SERVAL serval.unil.ch

Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

Title: [Implementation of a diabetes disease management program in Switzerland: patients' and healthcare professionals' point of view].

Authors: Lauvergeon S, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I

Journal: Revue d'épidémiologie et de santé publique

Year: 2013 Oct

Issue: 61

Volume: 5

Pages: 475-84

DOI: [10.1016/j.respe.2013.05.021](https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.021)

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

Mise en place d'un programme de prévention et de prise en charge du diabète en Suisse : Le point de vue des patients et des professionnels de la santé.

Implementation of a diabetes disease management program in Switzerland: Patients' and healthcare professionals' point of view.

Prise en charge structurée du diabète

S. Lauvergeon, doctorante, B. Burnand, MD, MPH, I. Peytremann-Bridevaux, MD, MPH, DSc.

Affiliation des auteurs:

Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne.

Correspondance :

Stéphanie Lauvergeon, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Biopôle 2, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse. Tel: +41 21/314 51 53, Fax: +41 21/314 49 54, E-mail: stephanie.lauvergeon@chuv.ch

Source de financement

Cette étude est financée par le Service de la Santé Publique du canton de Vaud. Dr. I. Peytremann-Bridevaux est au bénéfice d'un subside PROSPER du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (N° 3233B 123817/1).

Abstract

Background. The rise in the prevalence of chronic diseases, e.g. diabetes, represents a challenge for healthcare systems which need to get reorganised to face it. In North America and in Europe, several countries have thus developed national or regional chronic disease management programs. In Switzerland, such initiatives have only emerged recently. In 2010, the canton of Vaud set up the “Diabetes cantonal Program”, within the framework of which we conducted a study aimed at knowing the opinions of both diabetic patients and healthcare professionals on the elements that could be integrated into this program, the barriers and facilitators to its development, and the incentives that could motivate these actors to participate.

Methods. We organized eight focus groups: one with diabetic patients and one with healthcare professionals in the four sanitary areas of the canton of Vaud. The discussions were recorded, transcribed and submitted to a thematic content analysis.

Results. Patients and healthcare professionals were rather in favour of the implementation of a cantonal program, even if patients were more cautious towards its necessity. All participants envisioned a set of elements that could be integrated to this program. They also considered that the program could be developed more easily if it were adapted to patients’ and professionals’ needs and if it used existing structures and professionals. The difficulty to motivate both patients and professionals to participate was mentioned as a barrier to the development of this program however. Quality or financial incentives could therefore be created to overcome it.

Conclusion. The identification of the elements to consider, barriers, facilitators and incentives to participate to a chronic disease management program, obtained by exploring

the opinions of patients and healthcare professionals, should favour its further development and implementation.

Keywords. Diabetes mellitus. Disease Management. Health personnel. Patients. Qualitative research.

Résumé

Position du problème. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, et notamment du diabète, représente un défi pour les systèmes de santé qui doivent se réorganiser pour y faire face. En Amérique du Nord et en Europe, plusieurs pays ont ainsi développé des programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques (chronic disease management), au niveau national ou régional. En Suisse, de telles initiatives ne sont apparues que récemment. En 2010, le canton de Vaud a mis en place le « Programme cantonal Diabète » dans le cadre duquel nous avons conduit une étude visant à connaître les opinions des patients diabétiques et des professionnels de la santé sur les éléments pouvant faire partie de ce programme, les barrières et facilitateurs à son développement et les incitatifs pouvant motiver ces acteurs à y participer.

Méthode. Nous avons organisé huit focus groupes : un avec des patients diabétiques et un avec des professionnels de la santé dans les quatre régions sanitaires du canton de Vaud. Les discussions ont été enregistrées, retranscrites et soumises à une analyse de contenu de type thématique.

Résultats. Patients et professionnels de la santé se sont montrés plutôt favorables à la mise en place d'un programme cantonal, même si les patients ont émis des réserves quant à sa nécessité. Les participants ont envisagé une série d'éléments pouvant faire partie de ce programme. Ils ont aussi considéré que ce programme se développerait plus facilement s'il

était adapté aux besoins des patients et des professionnels et s'il utilisait les structures et les professionnels existants. La difficulté de motiver les patients et les professionnels à y participer a cependant été évoquée comme une barrière au développement de ce programme. Des incitatifs de qualité ou financiers pourraient être créés pour la surmonter.

Conclusion. L'identification des éléments à incorporer, des barrières, facilitateurs et incitatifs à participer à un programme de prévention et de prise en charge du diabète, obtenue par l'exploration des opinions des patients et professionnels de santé, devrait contribuer à son développement et à sa future mise en place.

Mots-clés : Diabète sucré. Disease management. Personnel de santé. Patients. Recherche qualitative.

1 Introduction

Le nombre d'individus souffrant de maladies chroniques est en constante augmentation à travers le monde. Ces maladies représenteront la plus grande cause de morbidité et mortalité d'ici à 2030 [1]. Parmi elles, le diabète touche environ 356 millions de personnes selon l'OMS et entraîne des complications parfois très graves telles les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, la cécité ou les amputations. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques comme le diabète, les coûts générés par ces maladies et la qualité sous-optimale des soins prodigués aux malades chroniques, représentent un défi pour les systèmes de santé dont l'organisation est davantage orientée vers les maladies aiguës que chroniques [2, 3]. Afin de faire face à ces problèmes, certains pays ont développé des stratégies nationales ou régionales de prévention et de prise en charge des maladies chroniques (chronic disease management), souvent basées sur le « Chronic Care Model ». Ce modèle insiste sur l'importance d'interactions productives entre des patients informés et actifs et une équipe pluridisciplinaire de soignants formés et proactifs [4]. Par l'utilisation de ressources communautaires et une organisation claire du système de santé, ces stratégies visent à améliorer la prise en charge des patients chroniques en s'adaptant à leurs besoins, en fournissant une aide à la prise de décision (guidelines), en mettant en place un système d'information ainsi qu'en renforçant l'auto prise en charge de la maladie par les patients [5-7]. C'est en Amérique du Nord et au Canada que ces formes de prise en charge se sont d'abord développées, avant d'être progressivement considérées en Europe [8]. Dépendantes du contexte, elles sont très variées tant dans leur terminologie et leur contenu que dans l'utilisation des définitions renvoyant au chronic disease management. Il y a eu par exemple, l'introduction de case-managers au Royaume-Uni pour les patients complexes (community matrons) [9], les nurse-led clinics en Suède [10], et la création de divers programmes de « disease management » au Pays-Bas (comme pour l'asthme, le

diabète ou la BPCO) [11, 12]. De même, la France a créé divers programmes de prise en charge, tel que le programme SOPHIA, en 2008, proposant un soutien téléphonique aux patients diabétiques [13], ou les maisons de santé pluridisciplinaires [14]. En 2003, en Allemagne, une loi nationale relative à la gestion des maladies chroniques (disease management) est entrée en vigueur. [15, 16].

Les programmes de prévention et de prise en charge semblent efficaces, même si leur efficacité varie en fonction de la maladie concernée, du lieu où ils sont mis en place et du mode de paiement des professionnels [17, 18]. Les résultats concernant le diabète montrent une diminution moyenne de la valeur absolue de l'hémoglobine glyquée de 0,5% [19-21].

La Suisse est un pays démocratique et fédéral, constitué de 26 cantons et peuplé d'environ 7,7 millions de personnes. Son système de santé est décentralisé et une grande autonomie est laissée aux cantons dans l'organisation des soins et de la santé publique. Depuis 1996, il existe une loi fédérale sur l'assurance-maladie qui oblige chaque résident suisse à s'affilier à une des caisses maladies existantes. Le modèle d'assurance de base laisse un libre accès aux prestataires mais certaines assurances proposent, en échange d'une réduction de primes, un modèle de gatekeeping [22]. Dans le secteur ambulatoire, les prestataires de soins sont principalement payés sur la base d'une rémunération à l'acte [23]. Le fédéralisme suisse, l'absence de politique de santé nationale, le libre accès aux prestataires et la rémunération à l'acte sont souvent décrits comme des barrières à la mise en place de programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques [24]. En effet, contrairement à d'autres pays, la Suisse ne s'est intéressée que récemment à ces formes de prise en charge. Des initiatives loco-régionales se sont toutefois développées ces dernières années [25-27]. Ainsi, en juillet 2010, le canton de Vaud a mis en place un programme de prévention et de prise en charge du diabète : le Programme cantonal Diabète. Il a pour objectif la diminution de l'impact du diabète sur la population vaudoise

en limitant la progression de l'incidence de la maladie et en améliorant la prise en charge des patients diabétiques [28, 29]. Plus spécifiquement, le programme vise à réduire le nombre de nouveaux cas de diabète par des actions de prévention primaire auprès de la population générale et à diminuer l'apparition de complications chez les patients diabétiques. Ce programme cible ainsi une prise en charge interdisciplinaire et globale, basée sur les preuves et impliquant de l'éducation thérapeutique. Malgré l'existence de divers programmes de prévention et de prise en charge en Suisse et dans d'autres pays, il y a peu de littérature quant à la manière dont ils ont été mis en place et développés [30]. En effet, beaucoup d'études portent sur des programmes déjà présents et explorent, par exemple, les opinions des patients et des professionnels quant aux résultats de ces programmes [31-33]. Les opinions avant la mise en place d'un programme sont moins souvent considérées [34]. Pourtant, en impliquant les acteurs dès la phase de développement, ce type d'études permettrait de mieux comprendre leurs besoins et d'adapter le programme à la réalité du terrain [35]. De plus, en utilisant des méthodes qualitatives, ces études pourraient appréhender dans le détail les opinions des acteurs sur les modalités de mise en place de ces programmes [36] et comprendre ainsi les possibles barrières et facilitateurs qu'ils y perçoivent [37].

C'est dans cette perspective que nous avons mené une recherche visant à explorer les opinions des patients et des professionnels de la santé vaudois sur la mise en place du Programme cantonal Diabète et particulièrement, sur les éléments qui devraient en faire partie, les barrières et facilitateurs à son développement ainsi que sur les incitatifs qui pourraient motiver ces acteurs à y participer.

2 Méthodes

Méthode de recueil de données

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons choisi d'utiliser les méthodes qualitatives, plus particulièrement le dispositif des focus groupes. Ceux-ci permettent aux participants d'exprimer et de débattre librement de leurs opinions tout en étant orientés sur certains thèmes prédéfinis par l'équipe de recherche [38]. Nous avons ainsi organisé huit focus groupes, un avec des patients diabétiques et un avec des professionnels de la santé, dans chacune des quatre régions sanitaires du canton de Vaud. Entre avril et juin 2010, nous avons donc réalisé:

- Quatre focus groupes avec des patients diabétiques de type 1 et 2 résidant dans le canton
- Quatre focus groupes regroupant différents professionnels de la santé pratiquant dans le canton : médecins généralistes-internistes, médecins endocrino-diabétologues, infirmières spécialisées en diabétologie, responsables de service de soins à domicile, podologues, diététiciens/nes, pharmaciens/nes.

Nous avons d'abord recruté les patients en publiant une annonce dans des journaux locaux, afin de recruter des personnes « tout-venant ». Le nombre de personnes recrutées n'étant pas suffisant (n=21), nous avons contacté une association de patients, l'Association Vaudoise du Diabète (AVD), qui a envoyé un courrier à ses 1400 membres. Pour obtenir des groupes aussi variés que possible, nous avons sélectionné, parmi les 94 répondants (21 par les journaux et 73 par l'AVD), les patients en fonction de leur appartenance à l'association (nous désirions aux moins quelques non-membres), de leur disponibilité puis de leur âge, genre, lieu de résidence (rural/urbain) et type de diabète (1 ou 2). Trente-neuf patients ont finalement participé à notre recherche (cf. Tableau 1). Pour la constitution des groupes de professionnels, nous avons fait appel aux réseaux de soins de chaque région du canton, à des associations de professionnels, et à des membres des groupes de travail du Programme cantonal Diabète, qui ont proposé des professionnels capables de s'exprimer

sur notre thème de recherche. Quelques personnes ont également été recrutées sur la base de contacts personnels. Les soixante-neuf professionnels ayant répondu positivement ont ensuite été sélectionnés en fonction de leur profession, de leur disponibilité, de leur lieu de pratique (rural/urbain) et de leur nombre d'années d'expérience. Trente-quatre ont finalement participé aux focus groupes (cf. Tableau 2).

Un guide d'entretien semi-directif a été développé pour conduire les focus groupes. Ce guide a permis de laisser les participants s'exprimer librement autour de grands axes thématiques préalablement définis (cf.

Tableau 3). Les focus groupes ont été animés par une personne (SL), expérimentée dans les méthodes qualitatives, et une deuxième (DM) a pris note des tours de parole pour identifier les locuteurs et faciliter la retranscription des entretiens. La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ont été garantis. La commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain a donné son accord pour l'étude (Protocole 160/09).

Méthode d'analyse

Chaque focus-groupe a été enregistré en audio puis retranscrit mot-à-mot. Deux personnes (SL et DM) ont effectué le codage. Un échange permanent a eu lieu entre ces deux personnes pour définir et réaliser les différentes étapes du codage des données, sous la supervision de la responsable du projet (IPB).

Cette recherche étant exploratoire, nous avons adopté une démarche inductive et procédé à une analyse thématique. Celle-ci permet d'appréhender le contenu des discussions en découvrant les thèmes principaux que les participants ont amenés, et de réduire le contenu des données tout en gardant les éléments essentiels [39]. Afin de repérer les différents thèmes traités par les participants, nous avons d'abord procédé à un découpage des discussions en séquences thématiques. Nous avons ainsi circonscrit les ensembles d'échanges (les séquences) traitant d'un même thème [40, 41]. Cette démarche nous a permis de dépasser les contributions individuelles de chaque participant pour nous

intéresser aux thèmes qu'ils ont co-construits ensemble, durant les discussions [42]. Toutes les séquences thématiques se rapportant spécifiquement à la mise en place du Programme cantonal Diabète ont ensuite été repérées. Nous les avons classées dans quatre catégories différentes selon qu'elles renvoyaient aux éléments qui pourraient faire partie du programme, aux barrières à sa mise en place, aux facilitateurs, ou aux incitatifs qui pourraient motiver patients et professionnels à y participer. La catégorie « éléments à intégrer dans un programme » renvoie à tout ce qui devrait, selon les participants, constituer un programme de prévention et de prise en charge du diabète. Il peut s'agir d'éléments existants déjà dans la prise en charge actuelle ou d'aspects à améliorer, voire à créer. La catégorie « barrières à la mise en place d'un programme » fait référence à des éléments de l'organisation actuelle du système de santé qui sont cités par les participants comme des obstacles à la mise en place d'un programme. La catégorie « facilitateurs à la mise en place d'un programme » se rapportent aux éléments qui existent actuellement ou qu'il faudrait mettre en place pour favoriser la mise en place d'un programme. La catégorie « incitatifs à la participation » désigne des éléments existants ou non, que les participants considèrent comme pouvant motiver les acteurs du système de santé à participer au programme. Pour éviter le classement de mêmes séquences dans plusieurs catégories, nous avons tenu compte du contexte dans lequel les thèmes ont été amenés. Ainsi, si par exemple le thème de la nécessité d'avoir plus d'infirmières en diabétologie était abordé, celui-ci pouvait être classé dans la première catégorie (éléments à intégrer dans un programme) ou dans la troisième catégorie (facilitateurs à la mise en place du programme), s'il était précisé que l'augmentation du nombre d'infirmières en diabétologie favoriserait le développement d'un tel programme.

Nous avons présenté, pour chaque catégorie, d'abord les résultats pour les patients puis les résultats pour les professionnels de la santé. Les thèmes qui n'ont pas été spontanément

évoqués par les participants mais proposés par le modérateur sont signalés dans le texte par des expressions telles que « les participants se sont montrés favorables à ». Les points de désaccord entre participants ou entre groupes sont également signifiés par l'utilisation de verbes marquant la divergence comme « débattre » ou « s'opposer ».

3 Résultats

Éléments à intégrer dans un programme

- Discours des patients diabétiques

Les patients ont envisagé un programme impliquant une prise en charge globale comprenant un soutien psycho-social (surtout au début de la maladie), un suivi diététique et des activités sportives adaptées à leur condition. Ils ont aussi souhaité que le rôle de l'association des patients diabétiques soit renforcé dans le cadre de ce programme. Cette association devrait en effet être plus disponible (par exemple, avoir des horaires de permanence plus flexibles) et offrir plus de possibilités d'information pour le patient et son entourage. Les patients ont aussi proposé que l'association augmente le nombre de consultations gratuites avec une infirmière en diabétologie, s'élevant actuellement à une par année. En parallèle, les patients ont imaginé la création d'un centre spécialisé pour le diabète ou d'une « cellule » de prise en charge.

Extrait 1 focus groupe patients

- Pat 1 « [...] donc euh qu'y ait quelque chose comme la PMU (Policlinique Médicale Universitaire) [...] hein qui a un petit noyau diabète mais que euh on sache toute de suite qu'on peut y aller qu'y ait pas de cotisation à payer etc [...] je vois les services de l'AVD (l'association des patients diabétiques) [...]
- Pat 2 un spécialiste [...]
- Pat 3 avec une personne une infirmière [...]
- Pat 1 puis que ce soit peut-être plus ouvert [...]

Le programme devrait aussi être l'occasion d'augmenter la quantité d'informations reçues par le patient, selon ses besoins individuels, et d'accentuer l'information et la prévention

auprès du grand public. En ce qui concerne le travail des professionnels, les patients ont affirmé qu'un programme pourrait améliorer la communication et la collaboration entre professionnels. Dans ce sens, ils ont proposé la création d'une base de données centralisée, accessible à tous les professionnels de santé s'occupant de patients diabétiques, ou d'une carte de santé, à l'instar de la carte vitale française, où toutes les données médicales du patient seraient inscrites et actualisées à chaque consultation. Ils se sont aussi montrés favorables à la mise en place d'un dossier électronique partagé. Les patients ont également indiqué qu'un programme devrait mieux informer les professionnels sur les autres professionnels existants ainsi que sur l'association de patients, pour y référer les personnes diabétiques nouvellement diagnostiquées. Ils ont aussi proposé que le programme renforce la formation des professionnels de la santé sur le diabète et sa prise en charge. Ils ont finalement rappelé l'importance de leur responsabilité et du rôle actif qu'ils devaient jouer dans la prise en charge de leur maladie.

Les patients souhaiteraient donc un programme considérant les aspects suivants :

- Une prise en charge globale
- Une responsabilité et un rôle actif des patients
- Une meilleure information au patient et au grand public
- Un renforcement de l'association de patients diabétiques ou la création d'un centre spécialisé de prise en charge
- Une meilleure collaboration entre professionnels
- Une amélioration de l'information aux professionnels sur les autres professionnels existant et sur l'association de patients
- Une meilleure formation des professionnels à la prise en charge du diabète
- Une base de données, une carte à puce ou un dossier informatisé.
-

- Discours des professionnels de la santé

Les professionnels ont estimé qu'un programme devrait permettre aux différents professionnels intervenants dans la prise en charge d'un même patient de mieux se connaître afin de pouvoir collaborer davantage. Ils souhaiteraient donc être mieux informés sur les professionnels qui existent dans leur région. Pour cela, ils ont proposé d'établir une liste de professionnels, qui pourrait aussi être distribuée aux patients. En outre, ils ont suggéré la mise en place de réunions pluridisciplinaires ou de formations communes à tous les professionnels. Les professionnels ont débattu de l'idée d'un dossier électronique ou d'une carte à puce contenant les données médicales des patients.. En effet, tandis que certains participants y ont vu l'opportunité d'améliorer la communication et la collaboration entre professionnels, d'autres en ont indiqué des inconvénients. D'abord, ils ont considéré que toutes les informations concernant les patients ne pouvaient pas toujours être partagées par tous les professionnels. De plus, ils ont émis des réserves quant à la validité du contenu de tels outils car cela ne dépendrait, selon eux, que de la motivation des professionnels à les tenir à jour. Certains professionnels ont aussi envisagé la possibilité de créer une équipe mobile de diabétologie, en référence à l'existence d'équipe mobile en soins palliatifs existantes dans le canton de Vaud. Cette équipe pourrait se rendre au domicile des patients et ainsi mieux se rendre compte de leur quotidien.

Extrait 2 focus groupe professionnels

Prof 1 « [...] le modèle qui a été utilisé pour les soins palliatifs [...] ou pour la psychiatrie ces équipes mobiles [...] ça c'est vraiment c'est des modèles intéressants on pourrait très bien imaginer des équipes mobiles en diabétologie qui soient hors du circuit de financement habituel simplement y'aura un financement cantonal [...] ça je pense que c'est quelque chose qui serait peut-être porteur enfin pour disséminer la bonne nouvelle (rire)

Prof 2 [...] je sais pas si cette idée de l'équipe mobile a été souvent utilisée en diabétologie mais c'est pas bête comme idée hein [...] »

D'autres participants ont été, à l'inverse, opposés à l'idée d'une telle équipe, d'une part parce qu'elle pourrait se substituer aux soignants habituels, d'autre part parce que sa

constitution exigerait des ressources (financières et en personnel soignant) qui seraient plus utiles aux structures de prise en charge existantes. Les professionnels ont ensuite envisagé le programme comme un moyen pour accentuer la promotion de la santé et la prévention, par des campagnes d'information au grand public par exemple. Il devrait aussi permettre de rendre visible celles qui existent déjà ainsi que le travail des associations de patients. Finalement, les professionnels ont indiqué qu'un programme pourrait augmenter le nombre de cours d'éducation thérapeutique et renforcer la responsabilité et le rôle actif des patients dans leur prise en charge.

Les professionnels de la santé souhaiteraient donc un programme considérant les aspects suivants :

- Une meilleure information des professionnels sur les autres professionnels existants
- Une meilleure collaboration entre professionnels
- Une équipe mobile de diabétologie (idée débattue)
- Un dossier électronique ou une carte à puce (idée débattue)
- Une augmentation du nombre de cours d'éducation thérapeutique aux patients
- Un renforcement de la responsabilité et du rôle actif des patients
- Une accentuation de la promotion de la santé et de la prévention

Barrières à la mise en place d'un programme

- Discours des patients diabétiques

Bien que les patients aient pu se représenter l'idée d'un programme en imaginant divers éléments qui pourraient en faire partie, ils n'ont toutefois pas considéré qu'il soit indispensable de mettre en place un programme de prévention et de prise en charge du diabète.

Extrait 5 focus groupe patients

- Pat 7* « [...] vous parliez de programme [...] dans tous les domaines on fait des programmes [...] et ça n'apporte toujours rien [...] simplement y'a plus qu'à espérer - parce que vous avez raison, ça dépend des médecins qui veulent s'informer ou pas - déjà un petit Décalogue [...] sans être trop biblique, des conneries qu'il faut pas faire [...]
- Mod* ouais donc déjà quelques petites choses à changer
- Pat7* euh quelques points [...] au moins à respecter [...]

En fait, les patients ont plutôt jugé important de commencer par améliorer certains aspects déjà existants de la prise en charge. Ces améliorations pourraient ainsi s'effectuer ou non dans le cadre d'un programme. Si un programme de prévention et de prise en charge du diabète venait à se mettre en place, alors les patients ont estimé que c'est aux professionnels de la santé et non aux patients, de réfléchir aux composantes d'un programme. Pour cela, ils suggèrent que les professionnels prennent par exemple connaissance des prises en charge du diabète dans d'autres cantons de Suisse ou dans d'autres pays. Ils ont ensuite évoqué des barrières plutôt liées à la motivation des acteurs (patients et professionnels). En effet, ils ont discuté de leurs difficultés de motivation à l'auto prise en charge, qui pourrait freiner une participation à un tel programme. Les patients ont aussi indiqué que leurs soignants n'étaient actuellement pas rémunérés pour se former, pour actualiser leurs connaissances sur le diabète ou pour le temps passé à la collaboration avec d'autres professionnels. Ces problèmes de paiement pourraient démotiver les professionnels à participer à un tel programme. Les patients ont finalement mentionné des barrières liées au financement, à la protection des données et au long délai de mise en place d'outils comme le dossier électronique par exemple.

- Discours des professionnels de la santé

Les professionnels ont évoqué peu de barrières à la mise en place d'un programme. Ils ont simplement mentionné les difficultés qu'ils avaient à connaître la vie quotidienne de leurs patients, et leurs problèmes éventuels d'auto-prise en charge.

Extrait 6 focus groupe professionnels

Prof 6 « [...] je me souviens d'une infirmière qui me disait ben voilà le médecin se demandait ce qu'il y'avait, et puis finalement ben la personne prenait tout le temps la même aiguille et puis elle était pliée et puis là l'insuline n'arrivait pas [...] non mais voilà c'est des choses toutes simples du quotidien et [...] si on communique pas ben ça c'est des choses qui nous échappent quoi [...]

Ces difficultés pourraient représenter une barrière à un programme qui se voudrait adapté aux besoins des patients. Ensuite, comme les patients, les professionnels ont évoqué des barrières à la mise en place d'outils de communication : l'installation d'un matériel commun aux structures (pour que les outils soient utilisables partout) et la protection des données du patient.

Facilitateurs à la mise en place d'un programme

- Discours des patients diabétiques

Malgré les réserves émises par les patients sur son absolue nécessité, l'éventualité d'un programme a été accueillie de manière positive, ce qui constitue un important facilitateur à sa mise en place. En effet, les patients s'y sont montrés plutôt favorables et jugerait faisable un tel programme si celui-ci était facilement accessible, se déroulait à proximité des patients et soit adapté à leurs besoins.

Extrait 3 focus groupe patients

Mod « [...] alors si on imaginait par exemple un centre avec les différentes choses que vous avez dites : une semaine par exemple de cours au début et puis après un suivi, un accompagnement, peut-être une écoute, euh des cours du sport, enfin toutes ces choses là, est-ce que vous accepteriez d'aller à ce centre et puis de participer à tout ça ?

Pat 4 si c'est pas à Lausanne

Pat 5 ouais si c'est pas à Lausanne

Pat 6 ah ouais (rire dans le groupe) à proximité [...]

Pat 4 un centre à proximité hein [...] »

De plus, certains patients ont indiqué durant les discussions avoir eu l'opportunité de participer à d'autres programmes pour patients diabétiques. Satisfaits de ces expériences, ils en ont décrit les bénéfices aux autres participants de leurs groupes qui ont alors jugé de tels programmes acceptables.

- Discours des professionnels de la santé

Comme les patients, les professionnels seraient favorables à un programme et le jugeraient faisable notamment parce que le canton possède, selon eux, les ressources nécessaires. En effet, plusieurs structures de prise en charge existent déjà et diverses initiatives régionales spécifiques à la prise en charge du diabète se sont développées ces dernières années. De plus, chaque région dispose de professionnels compétents. Il ne serait donc pas forcément nécessaire de créer de nouvelles structures ni de former spécifiquement des professionnels. Les professionnels ont affirmé qu'un tel programme devait plutôt soutenir et s'appuyer sur ce qui existe déjà.

Extrait 4 Focus groupe professionnels

Prof 3 « [...] moi le changement que je verrais c'est [...] faire usage de structures qui sont déjà très fonctionnelles [...] les CMS (Service de soins à domicile) c'est quand-même une structure qui est reconnue mais c'est une structure probablement qui mérite aussi euh d'être développée soit avec euh des services à l'intérieur qui sont ajoutés mais qui sont toujours dans une région ou dans un secteur de la ville [...]

Prof 4 c'est vrai qu'y'a pas forcément besoin de tout réinventer [...] pour mettre en place euh quelque chose au niveau cantonal pourquoi pas utiliser ce qui est déjà en place et puis faire juste les ajustements qui permettent que ça marche mieux que ça soit plus économique aussi [...] »

De plus, un programme devrait simplifier la prise en charge, ne pas être « chronophage » ni surcharger administrativement les professionnels. Enfin, ce programme devrait être adapté aux besoins des patients.

Incitatifs à la participation

- Discours des patients diabétiques

Afin de se motiver à participer à un tel programme, les patients ont suggéré la mise en place de groupes d'échanges entre pairs. Ils ont par exemple envisagé des rencontres entre des personnes nouvellement diagnostiquées et d'autres vivants depuis longtemps avec la maladie, ainsi que la présence ponctuelle de professionnels pouvant répondre aux questions des patients et garantir la qualité de l'information qui circulerait dans ces groupes.

Extrait 7 focus groupe patients

- Pat 8 « [...] une autre personne qui serait diabétique aussi ça pourrait aider
Pat 9 c'est le principe des alcooliques anonymes hein
Pat 10 alors y'aurait des diabétiques anonymes ça c'est pas mal (rire dans le groupe) [...]
Pat 11 une fois par mois par exemple euh une réunion [...] à une certaine place être tous ensemble [...] ceux qui ont jamais été [...] pour expliquer aux autres comment ça se passe que ceux qui s'intéressent puissent aller là-bas [...] que ça existe une place et un jour gratuit [...] »

Les patients ont ensuite débattu de la possibilité d'incitatifs financiers aux professionnels. Certains ont affirmé que cela pourrait motiver les professionnels à participer, d'autres ont considéré que la garantie d'amélioration de la qualité de la prise en charge par le programme devait suffire à motiver les professionnels. D'après ce point de vue, la participation des professionnels au programme ferait donc partie de leurs tâches.

- Discours des professionnels de la santé

Pour motiver les professionnels de la santé à participer à un programme, il serait nécessaire, d'après eux, de créer des incitatifs surtout pour favoriser la collaboration. Les professionnels ont ainsi évoqué des incitatifs financiers, notamment pour les médecins généralistes, souvent décrits comme étant surchargés de travail.

Extrait 8 focus groupe professionnels

- Prof 8 « [...] y'a le problème de l'argent [...] non pas qu'ils (les médecins généralistes) aient perdu toute générosité mais ils ont déjà tellement l'impression de s'être faits avoir par la société en général donc l'incitatif il pourrait être financier. Y'a de moins en moins la tendance chez les confrères à dire « ah ben ça c'est une formation intéressante j'y vais pour le plaisir » [...] c'est de plus en plus des formations utilitaires et puis si c'est pas directement utilitaire [...] comme une nouvelle technique [...] et bien on trouve que c'est normal qu'on soit dédommagés [...] »

Ces incitatifs financiers représenteraient aussi une forme de reconnaissance du temps passé, par ces professionnels, à communiquer et à collaborer avec d'autres. Des incitatifs de qualité sont aussi cités par les professionnels, comme par exemple, le fait d'être assuré d'une meilleure qualité de prise en charge avec le programme. De plus, la possibilité, notamment pour les médecins, de déléguer une partie de leurs tâches, pourrait aussi les

motiver puisque cela permettrait de les décharger. Toutefois, la participation des professionnels dépendrait de leur personnalité et de leur volonté à s'investir dans un tel programme.

Pour motiver les patients à participer, les professionnels ont proposé des cours d'éducation thérapeutique en groupe pour que les patients puissent se rencontrer et échanger avec d'autres. Ils ont toutefois exclu la mise en place de groupe d'échanges entre patients uniquement, sans la présence de professionnels.

4 Discussion

D'une manière générale, les patients diabétiques et les professionnels de la santé du canton de Vaud se sont montrés plutôt favorables à la mise en place du Programme cantonal Diabète en décrivant une série d'éléments qui devraient y être intégrés, et en le jugeant faisable. Les patients et les professionnels ont néanmoins insisté sur le fait qu'il serait nécessaire qu'un tel programme soit adapté à leurs besoins et qu'il se base sur les ressources existantes, structurelles et professionnelles. Les patients ont aussi émis des réserves quant à la nécessité d'un tel programme, considérant qu'il faudrait surtout améliorer les aspects problématiques de la prise en charge actuelle avant de mettre en place un programme au niveau cantonal.

Il est intéressant de constater que le discours des patients et des professionnels de la santé rejoint le discours d'autres patients et professionnels sur la qualité de la prise en charge des maladies chroniques dans d'autres pays. C'est notamment ce que montre les enquêtes internationales de santé du Commonwealth Fund qui identifient, par exemple, des problèmes de coordination des soins [43, 44]. L'importance d'une prise en charge globale, adaptée aux besoins des patients, est retrouvée dans l'étude de Russel et al [45] qui ont

menés des entretiens avec des médecins de famille et des patients après la mise en place d'un programme de « care management » au Canada. Les problèmes de collaboration entre professionnels ainsi que la nécessité d'améliorer la communication notamment par des outils électroniques, ont aussi déjà été identifiés dans d'autres études visant à explorer les opinions des patients et des professionnels sur la prise en charge des maladies chroniques [46, 47]. De même, certaines études ont étudié les problèmes liés à des outils comme le dossier informatique [48]. L'importance d'avoir des professionnels bien formés est également mentionnée par les patients et les professionnels, aussi bien dans les études sur la qualité de la prise en charge actuelle des maladies chroniques [49] que celle sur les programmes de « disease management » [50]. Le rôle actif des patients dans leur prise en charge sous couvert d'une bonne information est aussi souvent indiqué par les patients et les professionnels, notamment dans les études s'intéressant à l'auto-prise en charge (self-management) [51, 52].

En évaluant les barrières et facilitateurs à la mise en place de systèmes de « care management » aux Etats-Unis pour plusieurs maladies chroniques, Bodenheimer et al. [53] ont montré que les médecins étaient préoccupés par la surcharge de travail et par leur mode de rémunération dans ces systèmes. Des problèmes similaires ont été identifiés par des médecins de premier recours lors de l'exploration de leurs opinions et de leur degré de participation aux programmes de « disease management » développés aux Pays-Bas [54]. Ces similarités montrent donc que, quelque soit la manière dont le système de santé est organisé, patients et professionnels partagent des préoccupations et des besoins communs.

Nous n'avons toutefois pas retrouvé dans la littérature sur le « chronic disease management » et le développement d'initiatives allant dans ce sens, la nécessité d'utiliser

les ressources existantes lors de la mise en place d'un programme. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que peu d'études publiées visent à explorer l'opinion des acteurs avant la mise en place d'un programme. A l'inverse, les professionnels que nous avons rencontrés n'ont pas mentionné la culture de groupe ou la nécessité d'un leadership, comme l'ont fait d'autres professionnels pour évoquer les facilitateurs à la mise en place de programmes de prévention et de prise en charge [55, 56]. Deux raisons peuvent être amenées pour expliquer cette différence : premièrement, le fait que la majorité des professionnels de notre étude travaillaient dans un cabinet privé, indépendant, contrairement aux professionnels des autres études qui pratiquaient dans des organisations de type maison de santé, dans lesquels une culture de groupe ou un leadership est nécessaire ; deuxièmement, le fait que les études relevant ces aspects ont été effectuées après la mise en place d'un programme, où ces aspects émergent comme des facilitateurs. Ils n'ont probablement pas été d'emblée considérés comme importants par les professionnels de notre étude, qui s'est déroulée avant la finalisation d'un programme.

Les forces de cette étude sont donc d'avoir pu, grâce à l'utilisation de méthodes qualitatives, recueillir l'opinion des principaux acteurs avant la mise en place d'un programme, d'identifier les éléments qui devraient selon eux, en faire partie, les barrières et facilitateurs à son développement ainsi que les incitatifs qui pourraient favoriser leur participation. Ceci a aussi permis d'impliquer patients et professionnels dès la phase de développement du programme, de faire une série de recommandations pour que le programme soit adapté à leurs besoins et de renforcer l'acceptabilité du programme par ces acteurs. Ainsi, les projets qui constituaient le Programme cantonal Diabète ont pu être réorientés en fonction des besoins exprimés par les patients et les professionnels de la santé que nous avons rencontrés, et certaines actions du programme ont pu être priorisées. Par

exemple, de manière très concrète, des groupes de patients diabétiques ont été constitués selon la méthode Stanford [57] afin de répondre aux besoins d'aide à l'auto prise en charge. Dans le but de faciliter l'échange entre professionnels, des forums régionaux permettant aux professionnels intervenant dans la prise en charge du diabète de mieux se connaître ont également été mis en place une fois par année. L'introduction d'un « passeport diabète » réunissant les données médicales des patients est aussi en phase de test dans le canton. Finalement diverses réflexions en lien avec les besoins exprimés sont en cours.

Cette recherche comporte néanmoins plusieurs limites. D'abord, il est probable que les participants à cette recherche étaient en général des personnes motivées présentant ainsi des caractéristiques particulières. Nous devons toutefois préciser que cela ne les a pas empêchées de mentionner des problèmes qui leur sont directement liées et qui remettent en cause leur motivation ou compétences dans la prise en charge. Ensuite, les données auraient pu se prêter à d'autres analyses. Nous n'avons, par exemple, pas procédé à une identification des locuteurs qui ont initiés les thèmes. Ceci n'était toutefois pas le but de notre recherche et nous aurions dû, pour cela, constituer des focus groupes différents.

5 Conclusion

La mise en place et le développement d'un programme cantonal de prévention et de prise en charge des patients diabétiques semblent faisables en Suisse. Les professionnels de la santé et les patients seraient favorables à un tel programme, pour autant qu'il intègre les aspects qui leur semblent importants et qu'il s'adapte à leurs besoins. Le développement de ce programme serait facilité par l'utilisation des ressources existantes dans les différentes

régions, et la mise en place d'incitatifs pourrait contrer les éventuelles réticences des acteurs à y participer. En réunissant et en formalisant ce qui existe déjà de manière locale, la Suisse, comme d'autres pays, pourrait continuer et intensifier le développement des programmes de prévention et de prise en charge et ainsi faire face à l'augmentation du nombre de malades chroniques.

6 Conflit d'intérêt

Aucun.

7 Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les patients et professionnels de la santé qui ont participé à notre recherche. Ils remercient également les membres des groupes de travail du Programme Cantonal Diabète, les réseaux de soins du canton de Vaud et l'Association Vaudoise du Diabète qui ont permis l'organisation des focus groupes. Enfin, ils remercient Désirée Mettler, MSc, pour sa participation active au recueil et à l'analyse des données.

8 Références

- [1] Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442.
- [2] Harris MF, Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med J Aust.* 2007;187:104-7.
- [3] McGlynn E, Asch S, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;348:2635-45.
- [4] Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff.* 2001;20(6):64-78.

- [5] D.P F, Schwamm LH, Pasternak RC, Peterson ED, McNeil BJ, Bufalino V, et al. Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. *Circulation*. 2004;109:2651-4.
- [6] Ellrodt G, Cook D, Lee J, CHO M, Hunt D, Weingarten SR. Evidence-based disease management. *JAMA*. 1997;278:1687-92.
- [7] Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(4):299-305.
- [8] Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions : Experience in eight countries. Copenhagen: World Health Organization on behalf the European Observatory of Health Systems and Policies 2008.
- [9] Huws D, Cashmore D, Newcombe R, Roberts C, Vincent J, Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):115.
- [10] Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin L-Å, Karlsson J-E, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 2003 June 1, 2003;24(11):1014-23.
- [11] Steuten L, Vrijhoef B, Merode FV, Wesseling G-J, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Qual Health Care*. 2006 December 2006;18(6):429-36.
- [12] Steuten LMG, Vrijhoef HJM, Landwé-Cleuren S, Schaper N, Van Merode GG, Spreeuwenberg C. A disease management programme for patients with diabetes mellitus is associated with improved quality of care within existing budgets. *Diabet Med*. 2007;24:1112-20.

- [13] Morin L, Foury C, Briot P, Perrocheau A, Pascal P. Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne, et en Angleterre : perspectives pour la France. *Santé Publique*. 2010;22:581-92.
- [14] Bourgueil Y, Clément MC, Couralet PE, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *Qès*. 2009;147.
- [15] Busse R. Disease management programs In Germany's statutory health insurance system. *Health Aff*. 2004 2004;23(3):56-67.
- [16] Stock S, Drabik A, Büscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, et al. German diabetes management programs improve quality of care and curb costs. *Health Aff*. 2010;29(12):2197-205.
- [17] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-9.
- [18] Lemmens KMM, Lemmens LC, Boom JHC, Drewes HW, Meeuwissen JAC, Steuten LMG, et al. Chronic care management for patients with COPD: a critical review of available evidence. *J Eval Clin Pract*. 2012:no-no.
- [19] Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano ADJ, Ofman JJ, et al. A systematic review of diabetes disease management programs. *Am J Manag Care*. 2005;11:242-50.
- [20] Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002;22:15-38.

- [21] Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaud R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease management programs for improving diabetes care : a meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183(2):E115-27.
- [22] Peytremann-Bridevaux I, Ruffieux C, Burnand B. Freedom of choice of specialist physicians is important to Swiss residents : a cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly*. 2011;141.
- [23] Organization OWH. *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*: OECD Publishing.
- [24] Peytremann Bridevaux I, Burnand B. Prévention et prise en charge des maladies chroniques: une approche applicable en Suisse. *Bulletin des médecins suisses*. 2009;90(32):1217-21.
- [25] Peytremann-Bridevaux I, Burnand B. Inventory and perspectives of chronic disease management programs in Switzerland : an exploratory survey. *Int J Integr Care*. 2009;9:1-8.
- [26] Schaller P. Le Managed Care en Suisse romande. *Care management*. 2008;1(4):11-5.
- [27] Steurer-Stey C, Frei A, Rosemann T. Le "Chronic care model" en médecine de famille en Suisse. *Rev Med Suisse*. 2010;6:1016-9.
- [28] Hagon-Traub I, Hirisger 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.
- [29] Canton de Vaud. Programme cantonal Diabète. [cited 10 sept. 2012]; Available from: <http://www.vd.ch/themes/sante-social/prevention/le-diabete/programme-cantonal>

- [30] Ganz D, Yano E, Saliba D, Shekelle P. Design of a continuous quality improvement program to prevent falls among community-dwelling older adults in an integrated healthcare system. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(1):206.
- [31] Algozzine T, Pannone R, Kozma C. Opinions of disease management programs among medical directors of managed care organizations. *Am J Health-Syst Pharm.* 1998 1998;55(10):1029-33.
- [32] Lehnbohm E, Brien J-AE. Challenges in chronic illness management: a qualitative study of Australian pharmacists' perspectives. *Pharm World Sci.* 2010;32:631-6.
- [33] Lemmens K, Strating M, Huijsman R, Nieboer A. Professional commitment to changing chronic illness care: results from disease management programmes. *Int J Qual Health Care.* 2009 August 1, 2009;21(4):233-42.
- [34] Sciamanna CN, Alvarez K, Miller J, Gary T, Bowen M. Attitudes Toward Nurse Practitioner-Led Chronic Disease Management to Improve Outpatient Quality of Care. *Am J Med Qual.* 2006 November/December 2006;21(6):375-81.
- [35] Brazil K, Cloutier MM, Tennen H, Bailit H, Higgins PS. A Qualitative study of the relationship between clinician attributes, organization, and patient characteristics on implementation of a disease management program. *Dis Manag.* 2008 2008;11(2):129-37.
- [36] Jansen YJFM, Foets MME, de Bont AA. The contribution of qualitative research to the development of tailor-made community-based interventions in primary care: a review. *Eur J Public Health.* 2010;20(2):220-6.
- [37] Flottorp S, Oxman A. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res.* 2003;3(1):3.
- [38] Markovà I. Les focus-groups. In: Moscovici S, Buschini F, eds. *Les méthodes des sciences humaines.* Paris: Presses Universitaires de France 2003:221-42.

- [39] Gotmann A, Trognon A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin 2007.
- [40] Kerbrat-Orecchioni C. Les interactions verbales. Paris: Armand Colin 1990.
- [41] Linell P. Approaching dialogue : talk, interaction and contexts in dialogical perspective. Amsterdam: John Benjamins 2001.
- [42] Salazar-Orvig A. Les mouvements du discours. Paris: L'Harmattan 1999.
- [43] Schoen C, Osborn R, Doty M, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff.* 2009;28(6):717-34.
- [44] Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff.* 2011 November 9, 2011.
- [45] Russel G, Thille P, Hogg W, Lemelin J. Beyond fighting fires and chasing tails? Chronic illness care plans in Ontario, Canada. *Ann Fam Med.* 2008;6(2):146-53.
- [46] Oldroyd J, Proudfoot J, Infante F, Powell Davies G, Bubner T, Holton C, et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *Med J Aust.* 2003;179:30-3.
- [47] Peyrot M, Rubin R, Lauritzen T, Skovlund S, Snoek F, Matthews D, et al. Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia.* 2006;49:279-88.
- [48] Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records : barriers and solutions. *Health Aff.* 2004;23(2):116-26.
- [49] Infante F, Proudfoot J, Powell Davies G, Bubner T, Holton C, Beilby J, et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust.* 2004;181:70-3.

- [50] Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell G, et al. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Med J Aust.* 2008;188(8):S53-S6.
- [51] Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006;54(2):151-8.
- [52] Wong F, Chan F, You J, Wong E, Yeoh EK. Patient self-management and pharmacist-led patient self-management in Hong Kong: A focus group study from different healthcare professionals' perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):121.
- [53] Bodenheimer T, Wang MC, Rundall TG, Shortell SM, R.R G, Oswald N, et al. What are the facilitators and barriers in physician organizations' use of Care Management processes? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2004;30(9):505-14.
- [54] Steuten LMG, Vrijhoef HJM, Spreuwenberg C, Van Merode GG. Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands. *Int J Integr Care* 2002;2:1-7.
- [55] Hroschikoski MC, Solberg LI, Sperl-Hillen JM, Harper PG, McGrail MP, Crabtree BF. Challenges of change: A qualitative study of chronic care model implementation. *Ann Fam Med.* 2006;4(4):317-26.
- [56] Luxford K, Safran D, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(5):510-5.
- [57] Stanford School of Medicine. Chronic Disease Self-Management Program. [cited 10 sept. 2012]; Available from: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>

Tableau 1: Nombre et caractéristiques de patients diabétiques ayant participé aux focus groupes (n=39)

Lieu de résidence	Age	Genre	Région			
			Centre	Est	Nord	Ouest
		Hommes	2	3	2	2
		Femmes	2	3	1	1
		Hommes	1	2	3	1
		Femmes	1	1		
		Hommes	1		1	1
		Femmes	2		1	1
		Hommes	2		1	
		Femmes	1			3
Total			12	9	9	9
(non-membres de l'Association Vaudoise du Diabète)			(2/12)	(1/9)	(1/9)	(3/9)

Tableau 2 : Nombre et caractéristiques des professionnels de la santé ayant participé aux focus groupes (n=34)

Spécialités	Lieu de pratique	Région							
		Centre		Est		Nord		Ouest	
		Nombre d'années d'expérience							
		≤15	>15	≤15	>15	≤15	>15	≤15	>15
	Rural		1		1	1	1		
	Urbain			1					1
	Rural				1				1
	Urbain						1		
	Rural						1		1
	Urbain	2		1		1			
	Rural	1		1		1			1
	Urbain	1			1				
	Rural	1			2		1		1
	Urbain								
	Rural				1		1		1
	Urbain		1						
Diététiciens	Rural	1							
	Urbain				1		1		1
Total		8		10		9		7	

Tableau 3 : Thèmes du guide d'entretien

Expérience et qualité perçue de la prise en charge actuelle du diabète dans le canton de Vaud
Variations régionales réelles / perçues dans la prise en charge du diabète
Moyens envisagés pour améliorer la qualité de la prise en charge du diabète dans le canton de Vaud
Besoins ressentis dans la prise en charge du diabète
Éléments fondamentaux susceptibles de faire partie du Programme cantonal Diabète
Moyens envisagés / acceptabilité / faisabilité du Programme cantonal Diabète
Barrières et facilitateurs à la mise en place d'un Programme cantonal Diabète
Incitatifs pouvant motiver les professionnels et les patients diabétiques à participer au Programme cantonal Diabète