

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

**PROGRAMME DIABÈTE :
ÉVALUATION DE L'ÉVALUABILITÉ
(EVALUABILITY ASSESSMENT)
DES DIFFÉRENTS PROJETS
INCLUS DANS LE PROGRAMME
EN 2010 ET 2011**

Françoise Dubois-Arber, Raphaël Bize

Raisons de santé 190 – Lausanne 2012

Etude financée par : Mandat de l'Ensemble hospitalier de la Côte du 25.3.2011.

Citation suggérée : Françoise Dubois-Arber, Raphaël Bize. Programme diabète : Evaluation de l'évaluabilité (evaluability assessment) des différents projets inclus dans le programme en 2010 et 2011. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé, 190).

Remerciements : A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation.

Date d'édition : Février 2012

Nom du dossier : Rapport final IUMSP_Eval as diabete RdS 190.docx

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
2	Méthode	7
3	Constats	9
3.1	Le monitoring et l'évaluation prévus dans les différents projets.....	9
3.1.1	Monitoring d'activités et productions.....	9
3.1.2	Monitoring de la couverture des projets	12
3.1.3	Evaluation des résultats et impact sur la santé.....	12
3.2	Le monitoring et l'évaluation au niveau de l'ensemble du PcD.....	13
3.2.1	Proposition de théorie d'action de l'ensemble du PcD	13
3.2.2	Monitoring de l'activité et de la couverture du PcD	14
3.2.3	Evaluation des résultats intermédiaires, finaux (outcome) et de l'impact du PcD	16
3.3	Pistes pour le choix des indicateurs de résultats pour le PcD.....	16
3.3.1	Types de données pertinentes dans le canton de Vaud.....	17
3.3.2	Sources de données et variables disponibles	17
3.3.3	Critères de sélection des variables.....	18
3.3.4	Propositions pour un dispositif de suivi de résultats.....	18
4	Conclusions et recommandations	21
4.1	Conclusions concernant l'évaluabilité du PcD	21
4.1.1	Appréciation du système de monitoring et d'auto-évaluation mis en place par les différents projets et par le PcD	21
4.1.2	Possibilités de mesurer des résultats du PcD à long terme	21
4.1.3	Evaluabilité de la première phase du PcD	21
4.1.4	Pistes pour l'avenir.....	22
5	Annexes.....	23
5.1	Annexe 1 - Variables d'activité et variables décrivant les patients enregistrées par les 6 réseaux de prise en charge Diabaide, Capdiab, Transition pédiatrique, Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais Diabest (Réseau ASCOR), Diafit, AVD/Stanford	23
5.2	Annexe 2: théories d'action	26
5.2.1	Théorie d'action de Diabaide (p 23).....	26
5.2.2	Théorie d'action de la Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais, Diabest (Réseau ASCOR) (p 25).	26
5.3	Annexe 3 - Objectifs généraux des projets inclus dans l'évaluation de l'évaluabilité	30
6	Bibliographie	33

1 INTRODUCTION

Le programme diabète du canton de Vaud (PcD) a pour objectifs de réduire durablement l'impact du diabète sur la population vaudoise. Il a été élaboré à l'initiative du Service de la Santé Publique du canton de Vaud et la stratégie du programme a été construite sur la base des propositions de plusieurs groupes de travail^a.

Ce programme inclut des projets complémentaires et variés qui sont progressivement mis sur pieds à partir de 2010. Divers types de projets sont inclus dans le programme: développements des réseaux de soins, analyse et développement de la qualité des soins, développements d'outils pour faciliter la prise en charge, développement d'offres pour améliorer la qualité de vie des personnes diabétiques, etc.

Le Service de la santé publique a souhaité que ce programme et les projets qui en font partie soient évalués: évaluation du déploiement du programme ainsi que de ses effets. Les différents projets sont censés évaluer de façon interne leurs activités (auto-évaluation). Après concertation avec les responsables du programme, il a été décidé, dans un premier temps, du fait de la multiplicité des projets qui débutent, que les activités d'évaluation allaient se concentrer sur un soutien à l'auto-évaluation avec une première étape d'"*evaluability assessment*" ou évaluation de l'évaluabilité.

L'évaluation de l'évaluabilité¹⁻³ est une activité qui précède la mise sur pied d'une évaluation complète – parfois qui précède la mise sur pieds d'un programme –, de façon à s'assurer que l'évaluation future aboutisse à la mise à disposition d'informations adéquates et utiles. Il s'agit d'apprécier de façon critique les objectifs, attentes, besoins en information des différentes parties prenantes (manager des projets et du programme, *policy makers*) et d'explorer la réalité des projets, leur théorie d'action, leur système de collecte d'information, et d'apprécier si les activités du projet / programme sont susceptibles de montrer des progrès mesurables vers l'atteinte des objectifs du projet / programme.

L'évaluation de l'évaluabilité peut apporter des informations et une aide dans diverses situations, par exemple:

- mettre en évidence accords et désaccords entre les parties prenantes du programme/projets concernant les buts du programme ou son évaluation,
- mettre en lumière la logique sous-tendant les différents projets et par conséquent la plausibilité d'atteindre les objectifs retenus,
- apprécier si les objectifs sont réalistes, en regard des ressources et activités prévues,
- arriver à un accord sur les mesures de performance et indicateurs de résultats,
- arriver à des propositions d'options pour l'évaluation future.

Dans le cas particulier, deux objectifs d'appréciation de l'évaluabilité ont été retenus, à deux niveaux différents (projets et programme):

- apprécier le système d'auto-évaluation mis en place par les différents projets (pertinence, qualité, ce qui peut en être attendu, en particulier le type de données qui seront recueillies de routine ou à des moments particuliers, leur disponibilité et leur utilisation possible pour une évaluation de l'ensemble du programme) et proposer des modifications si nécessaire et pertinent,
- évaluer la possibilité de mener une évaluation globale de l'ensemble du programme et,
- proposer des pistes pour y parvenir.

^a Programme Cantonal Diabète. Présentation du programme. Rapport technique. Service de la Santé Publique. 10 juin 2010.

2 METHODE

Tous les projets ayant commencé en 2010 et en 2011 (jusqu'en automne) ont été inclus. Ceci représente 11 projets:

- Diafit (début en 2010)
- Promotion de l'activité physique pour enfants et adolescents diabétiques de type 1 (début en 2010)
- Programme de transition de l'adolescent et du jeune adulte diabétique (2010)
- Evaluer la pertinence de la formation du coaching par les pairs (ex : Méthode de Stanford) Projet -pilote (début en 2011)
- Adaptation et mise en oeuvre des recommandations pour la pratique clinique (début en 2010)
- Mise en place de coordinateurs régionaux (début 2011)
- Mise en place de forums régionaux (début 2011)
- Prévention, dépistage et prise en charge du pied diabétique (2011)
- Evaluation de la qualité des soins des patients diabétiques du canton de Vaud, 2è partie, (début 2011)
- Création d'outils éducatifs (DVD) actualisés et ciblés pour les jeunes patients diabétiques (début 2011)
- Sensibilisation des professionnels à l'éducation thérapeutique (début 2011).

La campagne sur le dépistage, qui était une action unique et qui a fait l'objet d'une évaluation n'a pas été incluse.

De plus ont été inclus 4 projets financés jusqu'à présent par le Service de la Santé Publique et qui représentent des "filieres" de prise en charge ou de conseil:

- Les activités de la plateforme en diabétologie du Réseau de soins de la Broye et du Nord Vaudois (RNB), en particulier le projet Capdiab
- La filière coordonnée de prise en charge des patients diabétiques "Diabaide" de l'Association des réseaux de soins de la Côte (ARC)
- La filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais (Réseau ASCOR)
- Les activités de conseil/ prise en charge de l'Association Vaudois du Diabète (AVD)

Pour chacun de ces projets ont été menés:

- Une revue de la documentation du projet
- Un entretien avec le/la responsable du projet
- Une construction de la "théorie du programme"⁴ ou "modèle logique"⁵ du projet, avec les principales personnes impliquées, dans deux projets qui en ont fait la demande (Diabaide, Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais)
- Une revue du système de monitoring/évaluation interne du projet.

Plusieurs entretiens ont eu lieu avec les responsables du Programme cantonal Diabète (PcD).

3 CONSTATS

3.1 LE MONITORAGE ET L'EVALUATION PREVUS DANS LES DIFFERENTS PROJETS

3.1.1 Monitorage d'activités et productions

Tous les projets examinés ont mis sur pieds une récolte de données sur les activités menées. Pour pratiquement tous les projets, le monitorage d'indicateurs est inscrit dans la feuille de route et les conventions/contrats. Il s'agit en général d'indicateurs simples d'activités, tels que nombre d'unités de matériel produites ou distribuées, nombres de prestations données (cours, consultations, etc.) et pour les filières, nombre de patients et de professionnels inclus dans la filière/le réseau. Ces indicateurs sont le plus souvent produits annuellement et figurent/figureront dans les rapports d'activité des projets. (Tableau 1).

Dans les filières (Diabaide, CapDiab, Filière de diabétologie pédiatrique du Chablais) et l'AVD, on notera que les rapports d'activité annuels sont le plus souvent très brefs et ne fournissent des indications que sur une partie des données recueillies. Par exemple, la filière Diabaide, qui dispose d'un dossier informatisé et donc d'un outil avec un bon potentiel d'exploitation, en utilise assez peu les données pour piloter son programme ou pour le faire connaître par le biais du site internet.

Il existe donc un bon potentiel de recueil d'information sur les projets, mais il n'est actuellement pas suffisamment exploité. Il est de plus structuré de manière individuelle pour chaque projet. Une harmonisation dans les récoltes de données (types d'indicateurs à recueillir, fréquence de recueil, manière de présenter les indicateurs) est souhaitable.

Tableau 1 Monitorage et évaluation dans les différents projets

Projets	Monitorage (principaux indicateurs)	Evaluation prévue ou effectuée
Diafit	N de sites Diafit N de patients par site /an Profil des patients, % d'abandons % de patients améliorés (physique, métabolique)	Prévue (projet-pilote)
Création d'outils éducatifs (DVD) pour les professionnels entourant les jeunes diabétiques	N DVD produits N DVD diffusés (et à qui)	Evaluation du matériel prévue avec les infirmières en diabétologie Evaluation auprès des différents utilisateurs après 6-12 mois d'utilisation (envisagée)
Promotion de l'activité physique pour enfants et adolescents diabétiques de type 1	N professionnels formés N ateliers N enfants et N familles ayant participé	Non

Projets	Monitoring (principaux indicateurs)	Evaluation prévue ou effectuée
Evaluer la pertinence de la formation du coaching par les pairs (Méthode de Stanford)	Dans le cadre de l'évaluation	Oui (projet –pilote)
Adaptation et mise en oeuvre des recommandations pour la pratique clinique	N recommandations N de visites des pages du site internet prévu?	Pas pour l'instant Eventuellement répétition de l'enquête sur la qualité de la prise en charge des patients menée en 2011
Mise en place de coordinateurs régionaux	Nombre et types de programmes développés par les réseaux N professionnels actifs dans les réseaux N patients pris en charge dans les réseaux régionaux N professionnels participant au PcD dans les diverses professions	Voir forums régionaux ci-dessous
Mise en place de forums régionaux	N professionnels par discipline invités N professionnels par discipline présents Taux de professionnels présents par discipline N projets de prévention primaire présentés % de participants trouvant les sujets présentés pertinents % de participants trouvant les sujets présentés utiles pour la pratique Taux de satisfaction des participants	Un questionnaire de satisfaction, avec des questions communes, sera proposé à la fin de chaque forum
Prévention, dépistage et prise en charge du pied diabétique	Pas de monitoring du projet mais étapes à atteindre: Production d'un concept de prise en charge. Production de recommandations pour la stratification du risque. Production d'un concept de formation des professionnels concernés par le pied diabétique.	Pas à ce stade. Un projet –pilote devrait être développé et il serait évalué
Evaluation de la qualité des soins des patients diabétiques du canton de Vaud, 2è partie	Pas de monitoring mais objectifs: Mise à disposition de données sur la qualité des soins (enquête auprès de patients diabétiques), avec répétition de l'enquête tous les 3-4 ans Mesure des lacunes dans la qualité des soins	Pièce maîtresse de l'évaluation du PcD (base-line pour la mesure de la qualité des soins). Par la suite, discussion de la mise sur pieds d'une cohorte de patients diabétiques

Projets	Monitoring (principaux indicateurs)	Evaluation prévue ou effectuée
Sensibilisation des professionnels à l'éducation thérapeutique	N cours donnés N et type de professionnels formés	Un projet-pilote, devrait être évalué
Programme de transition de l'adolescent et du jeune adulte diabétique	N passeports diffusés/an % de passeports complets N de familles suivies/an N enfants suivis/an N moyen de contacts par an et par patient avec l'infirmière de transition N moyen de visites c/o spécialistes /an/patient % des personnes sont suivies par un diabétologue lors de leur passage et 1 an après % de patients avec Hb glyquée stabilisée	Une comparaison du nombre de patients encore en contact après la transition dans le projet avec un groupe historique sera menée (travail de Master)
Réseaux/filières		
Réseau de soins de la Broye et du Nord Vaudois (RNB), projet Capdiab	Variables d'activité du réseau: (voir détails tableau comparatif en Annexe 1) N nouveaux patients N consultations de divers professionnels N heures de consultations N matériel distribué N participants aux cours N médecins dans réseau	Une évaluation de Capdiab par une commission du comité de pilotage du projet a été menée en 2008 ⁶
Filière coordonnée de prise en charge des patients diabétiques "Diabaide" de l'Association des réseaux de soins de la Côte (ARC)	Variables d'activité de la filière : (voir détails tableau comparatif en Annexe 1) N nouveaux patients N consultations de divers professionnels N médecins dans réseau	Une évaluation externe de Diabaide sur la période 2006-2008 a été menée. ⁷ Une théorie d'action a été menée avec la filière dans le cadre de <i>l'evaluability assessment</i>
Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais (Réseau ASCOR)	Variables d'activité de la filière : (voir détails tableau comparatif en Annexe 1) N nouveaux patients N consultations de divers professionnels N heures de consultations N médecins dans réseau	Une théorie d'action a été menée avec la filière dans le cadre de <i>l'evaluability assessment</i>
Association Vaudois du Diabète (AVD)	Variables d'activité : N consultations N matériel vendu N matériel éducatif distribué	Non

N = Nombre de

3.1.2 Monitoring de la couverture des projets

La mesure de la couverture des activités (le degré d'atteinte des populations visées) est un élément très important de l'évaluation de la mise en oeuvre des projets/programmes. Cet élément est pratiquement absent de tous les projets, à l'exception du projet de forums cantonaux qui prévoit de mesurer le taux de participation des divers professionnels identifiés comme membres potentiels du réseau de prise en charge. On notera toutefois que des projets/filières, tels que la filière de diabétologie pédiatrique du Chablais ou le programme de transition de l'adolescent /jeune adulte visent une couverture totale (tous les enfants, respectivement adolescent diabétiques, passeraient par le projet/filière) et ont donc formulé un objectif de couverture. Pourtant, on pourrait s'attendre à ce que tous les projets réfléchissent au taux de couverture idéal/souhaitable/à atteindre par le projet. A minima, une réflexion plus qualitative sur la couverture devrait être menée (p.ex. types de patients à atteindre en priorité par les programmes).

La principale difficulté de mesure est bien entendu l'absence de dénominateurs précis (nombre de patients diabétiques ou de patients appartenant à une catégorie spécifique de patients, comme par exemple les patients présentant une ou plusieurs complications). Cependant, à partir des estimations qui ont été faites sur la base de l'étude Colaus, on pourrait tenter de faire des projections de dénominateurs régionaux/cantonaux par sexe, âge ou par type de diabète/gravité de diabète.

Actuellement, les différentes filières ont un recueil de données sur leur clientèle qui est très différent d'une filière à l'autre dans le nombre de variables recueillies, leur forme, le support utilisé, etc. (voir en Annexe 1 les variables d'activité et les variables de profil de clientèle recueillies par les filières).

Sans aller jusqu'à une mesure précise de la couverture, il serait souhaitable que, dans tous les projets et filières, on puisse relever régulièrement des données sur la clientèle / sur les caractéristiques de populations touchées. Il s'agirait là de vérifier si le type de clientèle ou de population atteinte correspond au profil attendu, se modifie au cours du temps, etc. (approche indirecte de la couverture).

3.1.3 Evaluation des résultats et impact sur la santé

A ce stade, seul le projet-pilote Diafit a prévu une évaluation des résultats de l'intervention, qui pourra se mesurer en termes de changements de comportements (exercice) et en impact sur la santé.

Les autres projets qui prévoient une évaluation interrogent plutôt la pertinence (Stanford) ou des résultats en amont des impacts sur la santé (p. ex. maintien dans le soin pour le projet de transition pédiatrique).

En revanche, plusieurs projets aimeraient mesurer des résultats de leurs interventions mais ne se sont pour l'instant pas donné les moyens de le faire.

Deux filières, Diabaide et Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais, ont souhaité faire l'exercice de développement d'une "théorie d'action". Ceci a permis de construire, avec chacune des filières, sur une demi-journée, une première ébauche d'un modèle logique de leurs activités, d'identifier des objectifs intermédiaires et des objectifs finaux et de faire une première réflexion sur des indicateurs (d'activités, de résultats intermédiaires et finaux) qui pourraient être utilisés lors d'une future évaluation. Une telle théorie d'action devrait encore être révisée et affinée si une évaluation devait voir le jour.

Les deux théories d'action se trouvent en Annexe 2.

3.2 LE MONITORAGE ET L'EVALUATION AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DU PCD

3.2.1 Proposition de théorie d'action de l'ensemble du Pcd

Il est souvent plus facile de préparer l'évaluation d'un programme en réfléchissant sur la base d'une vision simplifiée des activités que le programme développe et des résultats intermédiaires et finaux qu'il poursuit, ce qu'on appelle une "théorie d'action" ou un "modèle logique". Une théorie d'action de l'ensemble du projet a été construite à l'aide des objectifs des différents projets inclus dans l'évaluation de l'évaluabilité (voir Tableau 5 en Annexe 3). Le classement d'objectifs apparentés fait apparaître 4 axes (voir Figure 1):

1. Un axe "Prévention tertiaire /Promotion de la santé des patients diabétiques (et de leurs proches)", en jaune
2. Un axe "Développement des filières et réseaux de soins", en vert pâle
3. Un axe "Formation", en bleu
4. Un axe "Documentation, monitoring, évaluation", en gris.

L'axe "Prévention tertiaire /promotion de la santé des patients diabétiques" inclut toutes les actions qui visent à informer les patients et leurs proches, les soutenir, leur apporter les connaissances et pratiques qui permettront une autonomie accrue des patients, qui contribueront à leur tour à une meilleure observance et un auto-contrôle adéquats, à une amélioration de la qualité de vie et à une diminution des complications de la maladie (résultats finaux, au sens d'*outcome*, en rouge).

L'axe "Développement des filières et réseaux de soins" inclut les actions visant à améliorer le fonctionnement des réseaux et filières, à offrir de nouvelles prestations, à assurer la continuité des soins.

L'axe "Formation" inclut les actions de formations de professionnels spécialisés dans le domaine du diabète et la sensibilisation/ formation de professionnels non spécialistes, ainsi que la mise à disposition d'outils permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Les deux axes "Développement des filières" et "Formation", contribuent aux objectifs intermédiaires d'amélioration de la qualité de la prise en charge, d'harmonisation et de décentralisation, puis aux trois résultats finaux.

L'axe "Documentation, monitoring, évaluation", constitue un axe séparé et complémentaire qui permet d'observer et d'apprécier les activités développées et les résultats obtenus par le programme. Il inclut les activités d'évaluation (évaluation des besoins, évaluation de l'évaluabilité, évaluation prévue du programme en 2012) et celles de monitoring de routine et d'information /documentation sur le programme.

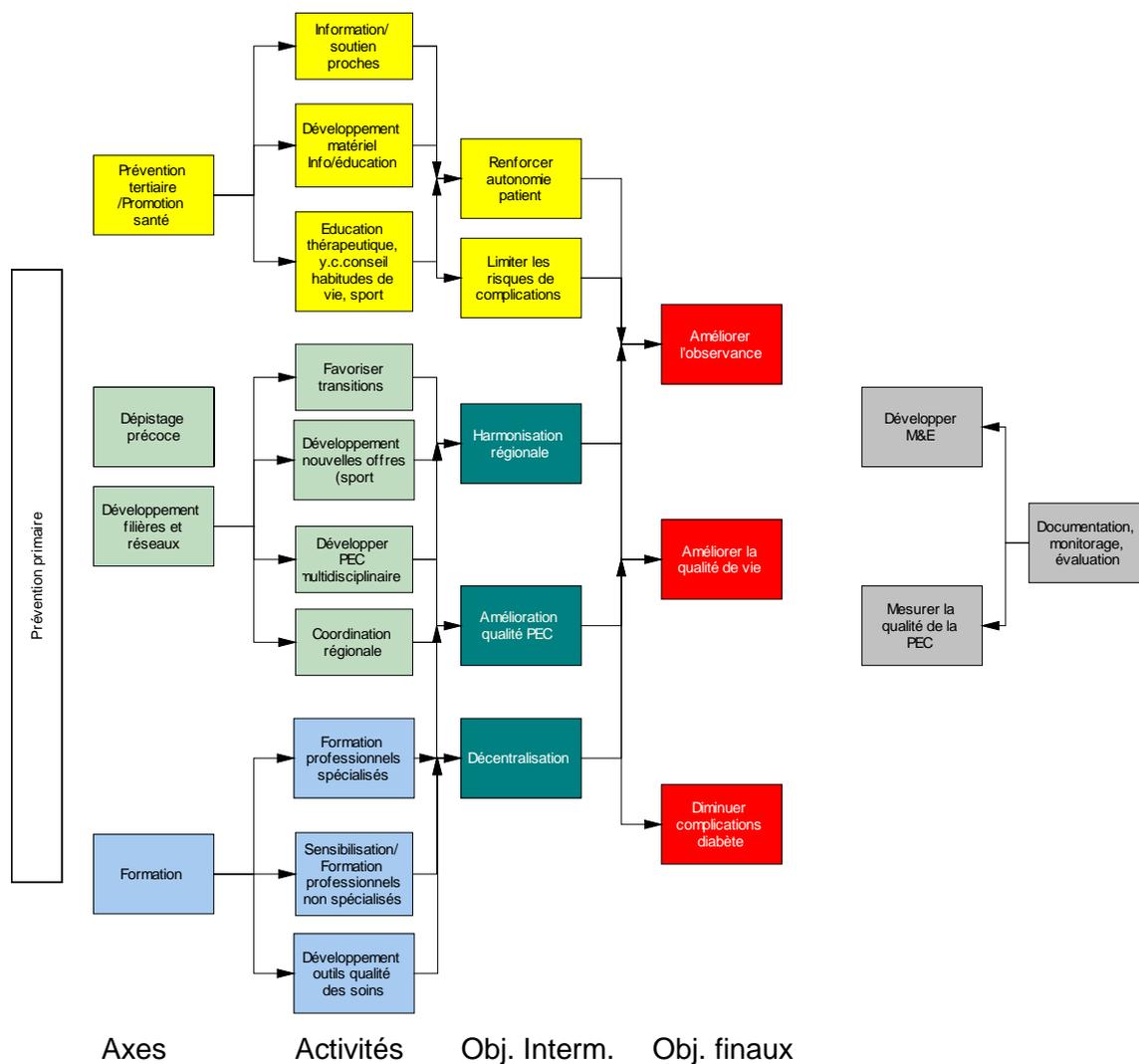
Il faut ajouter à cette théorie d'action du programme (rectangles en pointillé)

- a) Les activités - non directement incluses dans le programme mais y contribuant – de prévention primaire/promotion de la santé dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique développés dans le canton de Vaud (en particulier le programme "Ça marche"), que le Pcd contribue à promouvoir dans le réseau.
- b) Les activités de promotion du dépistage menées en 2010-2011, terminées au moment de l'évaluation de l'évaluabilité du Pcd, sans poursuite prévue d'une activité spécifique de promotion du dépistage par le programme.

Les liens précis entre ces deux types d'activités et le Pcd tel qu'il existe ne sont à dessein pas tracés dans la théorie d'action, dans la mesure où il n'existe pas de véritable "responsabilité" assumée du Pcd dans ces deux domaines (à part la promotion de "ça marche" dans les forums cantonaux).

Il faudrait ajouter à cette théorie d'action des résultats en termes de santé de la population (impact), tels que diminution ou limitation de l'augmentation de la morbidité (prévalence du diabète) ou de la mortalité, buts visés à long terme pour l'ensemble du programme^b mais qui n'apparaissent en général pas dans les objectifs des projets qui ont été utilisés pour construire la théorie d'action du programme.

Figure 1 Théorie d'action du PcD issue des objectifs des projets qui le constituent



Cette proposition de théorie d'action devrait encore être discutée et validée au sein du PcD.

3.2.2 Monitoring de l'activité et de la couverture du PcD

Actuellement, il n'existe pas de mesure consolidée de l'activité et de la couverture au niveau de l'ensemble du PcD. Ceci découle du fait que le programme est encore, à ce stade, la somme des activités menées dans les projets et n'inclut pas formellement les activités des filières ou les activités de prévention primaire et de promotion de la santé. Son périmètre exact reste encore à définir.

^b Programme Cantonal Diabète. Présentation du programme. Rapport technique. Service de la Santé Publique. 10 juin 2010.

3.2.2.1 Regroupement et harmonisation des données à recueillir

La théorie d'action proposée permet d'identifier de grands domaines d'activités qui regroupent des activités menées par plusieurs projets et qui pourraient faire l'objet d'un monitoring consolidé. Par exemple on pourrait regrouper dans le monitoring du programme toutes les activités de formation pour professionnels spécialisés et les distinguer des activités de formation pour d'autres publics. Ceci implique une certaine harmonisation du monitoring au sein des projets et des filières.

Pour l'axe prévention tertiaire /promotion de la santé c/o la personne diabétique les activités à regrouper pourraient être:

- Activités d'information/soutien des personnes autour du patient et activités d'information à la population
- Production/distribution de matériel d'information et d'éducation
- Education thérapeutique.

Pour l'axe développement des réseaux et filières, les regroupements pourraient être :

- Activités des filières (nouveaux cas entrants, nombre de médecins praticiens impliqués, etc.)
- Activités favorisant la transition (nouveaux cas, activités des infirmières de transition)
- Activités nouvelles développées (nombre de personnes engagées dans des programmes sport, p.ex.)
- Activités favorisant la prise en charge multidisciplinaire (toutes les activités de fonctionnement du réseau)
- Activités de coordination (groupes de pilotage, commissions spéciales, etc.).

Enfin l'axe formation pourrait distinguer:

- La formation pour professionnels spécialisés
- La formation pour professionnels généralistes
- La production d'outils de formation, de guidelines, etc.

3.2.2.2 Utilisation de différentes approches pour mesurer la couverture

En ce qui concerne les mesures de la couverture du PcD, on devrait aussi avoir une approche d'harmonisation de mesure de la couverture en essayant de recueillir, dans les différents types d'activités développés par les projets et filières, un set minimal de données comparables sur le nombre et les caractéristiques des populations atteintes. Par exemple:

- s'il s'agit de patients, le nombre de patients concernés, la répartition par âge, sexe, région de domicile, type de diabète.
- s'il s'agit de professionnels, le type de profession et le fait d'être spécialisé ou non, ainsi que la région d'activité.

Pour ce qui est des mesures de couverture en prestations ou d'accès à des prestations, qu'elles soient directement imputables au PcD ou non, le recours à des enquêtes de population comme la récente enquête "Evaluation de la qualité des soins des patients diabétiques du canton de Vaud" constitue une approche de choix pour mesurer la notoriété de certaines campagnes ou offres de soins, l'accès à certaines prestations (podologie, consultations ophtalmologique, programmes sportifs, cours d'éducation thérapeutique, etc.). Une partie centrale de l'enquête ("*core*") serait répétée de façon systématique à chaque vague et une autre partie serait constituée de modules qui traiteraient d'un sujet spécifique à chaque fois.

3.2.3 Evaluation des résultats intermédiaires, finaux (outcome) et de l'impact du PcD

Il existe diverses possibilités d'approcher l'évaluation des résultats du PcD, si l'on se réfère à la théorie d'action du programme telle que proposée.

- a) *Mesure de résultats intermédiaires du programme.* Une réflexion pourrait être menée sur la base de la théorie d'action du programme et aboutir à une **priorisation des questions d'évaluation que l'on souhaite traiter**, concernant les résultats intermédiaires directs du programme. Ainsi, on pourrait examiner certains axes transversalement dans les projets concernés et au niveau de l'ensemble; par exemple on pourrait retracer dans tous les projets et au niveau de l'ensemble du programme des résultats intermédiaires en termes d'harmonisation des pratiques, de collaboration, de multidisciplinarité et de décentralisation du développement des filières et des réseaux. On pourrait aussi choisir de s'intéresser aux résultats immédiats ou à plus long terme sur l'autonomie du patient d'un type d'activité particulier comme l'éducation thérapeutique sous toutes ses formes dans le programme. Selon le type de questions d'évaluation qui seraient posées, des approches plutôt qualitatives ou quantitatives ou un mix des deux pourraient être proposées. Le mot-clef ici est "choix", c'est-à-dire l'identification et la formulation précise d'une ou plusieurs questions que l'on se pose sur les résultats intermédiaires du programme et qui devraient faire l'objet d'une évaluation.

Comme deux des axes du programme (développement des réseaux et filières et formation) impliquent des interventions à destination des professionnels, il serait utile de réfléchir à la pertinence de mettre sur pieds un recueil de données régulier auprès des professionnels du réseau, qui permette de mesurer le fonctionnement du réseau, le degré de proximité au programme, la qualité de l'information et des pratiques dans le réseau, etc.). Cette enquête pourrait être le "pendant" de l'enquête sur la qualité de vie des patients diabétiques.

- b) *Mesure de résultats finaux* en termes de changements observés/ rapportés chez les patients. Ces résultats (observance thérapeutique, pratiques d'auto-contrôle, appréciation de l'autonomie amélioration de la qualité de vie perçue), peuvent être mesurés sur l'ensemble des patients et du territoire, par le biais de l'enquête sur la qualité de vie des patients, qui devrait être répétée à intervalles réguliers (p.ex. tous les 3- 5 ans). On mesurerait cependant des résultats globaux dont la relation de causalité avec le programme ne pourrait être directement établie. Le suivi de tendances apporterait toutefois de précieuses indications sur l'évolution de la situation.
- c) *Mesures d'impact en termes de changements dans la morbidité et la mortalité.* Le rapport Eggli⁸ a montré les limites des possibilités d'utilisation des statistiques hospitalières de routine et des données des assureurs pour l'évaluation du PcD. Il semble toutefois que la mesure de l'incidence de certaines complications graves du diabète et peu fréquentes (comme les amputations pour troubles vasculaires) pourrait être utilisée.

La section suivante propose une analyse plus détaillée des principales sources de données existantes, susceptibles de fournir des informations en lien avec le diabète et son épidémiologie et en particulier des variables susceptibles de servir comme indicateurs de résultats pour le PcD.

3.3 PISTES POUR LE CHOIX DES INDICATEURS DE RESULTATS POUR LE PcD

Cette analyse vise dans un premier temps à identifier les principales sources de données existantes, susceptibles de fournir des informations en lien avec le diabète et son épidémiologie. Sur la base de cet inventaire et de critères préétablis, nous identifierons les variables les mieux à même de servir comme indicateurs de résultats pour le programme cantonal « diabète ».

3.3.1 Types de données pertinentes dans le canton de Vaud

Sont considérées comme données potentiellement intéressantes toutes les données vaudoises qui contiennent une information en lien avec le diabète et son épidémiologie. On pense ici plus précisément aux informations ayant trait à :

- prévalence du diabète
- incidence du diabète
- évolution de la prévalence et de l'incidence du diabète au cours du temps
- facteurs de risque pour le développement d'un diabète (âge, ethnie, indice de masse corporel, niveau d'activité physique, consommation de tabac, antécédent familial au premier degré, tolérance au glucose, glycémie à jeûn)
- fréquence du dépistage
- types de traitements prescrits
- qualité du contrôle de la glycémie
- fréquence et type de consultations en lien avec le diabète
- fréquence des hospitalisations en lien avec le diabète
- fréquence des complications
- nombre de décès annuels dus au diabète

3.3.2 Sources de données et variables disponibles

Les principales sources de données susceptibles de fournir des informations de ce type dans la population vaudoise sont les suivantes :

- Enquête suisse sur la santé (OFS) : échantillonnage aléatoire tous les cinq ans ; auto-déclaration ; santé subjective, indice de masse corporel, consommation de tabac, attention portée à la santé, attention portée à l'alimentation et respect de la recommandation « 5 par jour », activité physique, nombre de consultations médicales (médecins de famille versus médecins spécialistes), nombre de personnes ayant été soumise à un test de la glycémie, recours aux soins ambulatoires et aux hospitalisations).
- Statistique des causes de décès (OFS) : nombre de décès annuels dus au diabète.
- Etude de cohorte CoLaus (CHUV) : glycémie, insulïnémie, indice de masse corporel, habitudes alimentaires, prise de médicaments, activité physique, état de santé actuel, antécédents médicaux, antécédents familiaux.
- Etude IUMSP « Caractéristiques des patients diabétiques vaudois et évaluation de leur prise en charge » : diagnostic et complications du diabète, traitement du diabète, utilisation des services de santé, satisfaction vis-à-vis de la prise en charge, vécu du diabète au quotidien, évaluation des soins reçus pour le diabète, tabac, alcool, activité physique, santé en général, qualité de vie.
- Données hospitalières : incidence des complications du diabète ayant nécessité une hospitalisation.

3.3.3 Critères de sélection des variables

Parmi les critères d'inclusion, on retrouvera la nécessité pour ces variables d'avoir trait à une information en lien avec le diabète et son épidémiologie (cf. liste au point 3.3.1). Les variables devront être susceptibles de capter les changements potentiellement induits par le programme. Les données correspondant à ces variables devront être facilement accessibles et mise à jour régulièrement, de telle sorte qu'un véritable dispositif de suivi puisse être créé. Les variables pour lesquelles les données ne sont disponibles que pour un nombre très limité d'individus devront quant à elles être exclues.

3.3.4 Propositions pour un dispositif de suivi de résultats

Ce dispositif utilisera comme cadre de référence le modèle logique qui sous-tend le programme cantonal diabète. Il interrogera donc les résultats correspondant aux différents objectifs visés par le programme. Le tableau 2 ci-après met en lien les objectifs et les indicateurs pertinents.

Tableau 2 Indicateurs de résultats par catégorie d'objectif et par source d'origine

CATEGORIES D'OBJECTIFS CENTRES SUR LES PATIENT/ES					
	Prévention secondaire	Prévention tertiaire	Prise en charge	Remarques	
SOURCES DE DONNEES	Enquête suisse sur la santé (ESS)	- <u>nombre de personnes ayant été soumises à un test de la glycémie chez les personnes non connues pour un diabète</u>	- indice de masse corporel - quantité d'activité physique pratiquée	- nombre d'hospitalisations chez les répondants diabétiques	Dans l'ESS 2007, seuls 973 répondants sur 18665 au niveau suisse rapportent qu'un médecin leur a dit qu'ils avaient du diabète. On doit donc s'attendre à un petit collectif rapportant un diabète (environ 72) au niveau vaudois (1382 répondants vaudois = 7.4% de l'échantillon suisse).
	Statistique des causes de décès			- <u>nombre de personnes décédées à cause du diabète</u>	Les données agrégées 2000-2006 font état d'une moyenne annuelle de 46 décès dus au diabète chez les femmes et de 39 décès chez les hommes du canton de Vaud. Ces valeurs sont de 30-40% inférieures à la moyenne suisse, ce qui pourrait limiter la capacité de cet indicateur à s'améliorer encore davantage en lien avec le programme diabète.
	Etude CoLaus	- <u>estimation de la prévalence du diabète dans la population lausannoise en 2003-2006</u> - résultats des glycémies chez les personnes non connues pour un diabète	- <u>indice de masse corporel</u> - <u>quantité d'activité physique</u>	- résultats des glycémies chez les personnes connues pour un diabète - <u>prise de médicaments</u>	Ces données présentent l'avantage de refléter l'évolution au cours du temps d'indicateurs pertinents au sein du collectif de l'étude. Cette cohorte a enrôlé 6182 participants entre 2003 et 2006 (52.5% femmes) âgés de 35-75 ans vivant à Lausanne. Parmi ces participants, 407 (6.6%) présentaient un diabète. 270 le savait et 260 étaient sous traitement. L'hémoglobine glyquée n'a pas été mesurée. Suivi échelonné entre 2009 et 2012.
	Etude IUMSP sur les caractéristiques des patients diabétiques VD		- <u>tabagisme</u> - <u>activité physique</u>	- <u>complications du diabète</u> - <u>type de traitement</u> - <u>utilisation des services de santé</u> - <u>qualité de vie</u>	Les données de cette étude prendront toute leur valeur comme indicateurs de résultats si l'enquête peut être répétée à intervalle régulier avec une méthodologie comparable.
Données hospitalières			- <u>nombre de séjours hospitaliers pour diabète (diagnostic principal ou secondaire)</u> - incidence des complications du diabète ayant nécessité une hospitalisation	Pour une analyse plus détaillée des enjeux relatifs à l'utilisation des données hospitalières, prière de se référer au rapport Egli 2010 listé dans la bibliographie.	

Les indicateurs soulignés dans le tableau 2 ci-dessus englobent un set réduit de données qui présentent à nos yeux le meilleur rapport entre le gain d'une information pertinente et la faisabilité de l'analyse. Ce dispositif pourra encore être réduit à la lumière des résultats qu'il fournira lors de la première évaluation.

4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1 CONCLUSIONS CONCERNANT L'ÉVALUABILITÉ DU PcD

4.1.1 Appréciation du système de monitoring et d'auto-évaluation mis en place par les différents projets et par le PcD

Il existe dans chaque projet un recueil de données de monitoring, qui sont en général pertinentes pour le projet et qui pourraient être étoffées. Certaines de ces données pourraient potentiellement être utilisées pour une évaluation des processus (activités et produits des projets/ du programme) de l'ensemble du programme. Cependant, ces données sont souvent disparates et devraient être harmonisées entre les projets qui poursuivent des buts similaires ou qui contiennent des éléments qui appartiennent à un même axe dans la théorie du programme, comme des éléments de formation, d'éducation thérapeutique, etc. Peu d'évaluations de projets sont prévues, sauf de projets-pilotes.

Les principaux déficits et défis actuels, tant au niveau des projets que du PcD concernent:

- La mesure de la couverture/de l'accessibilité des projets et de l'ensemble du PcD, y compris la mesure d'éventuelles inégalités de couverture / d'accès.
- La mesure de résultats intermédiaires des projets et du PcD dans son ensemble, en particulier la mesure de résultats dans les domaines de l'amélioration de fonctionnement du réseau et des filières.

4.1.2 Possibilités de mesurer des résultats du PcD à long terme

Certaines sources de données existantes permettront de suivre certains aspects de la situation des patients diabétiques dans le canton et de mesurer l'évolution des comportements de prévention et de dépistage dans la population vaudoise. Elles fourniront des données utiles pour l'évaluation du programme, sans qu'une relation causale puisse être établie avec les activités du PcD.

Il existe déjà au niveau suisse une collecte régulière de données sur la santé de la population (Enquête Suisse sur la Santé), qui permet de suivre l'évolution des comportements de prévention primaire et de promotion de la santé, en particulier dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique et de certains dépistages, utilisables pour l'évaluation de la situation de la prévention primaire et du dépistage du diabète et de certains facteurs de risques.

En ce qui concerne les mesures de résultats sur la santé perçue et la qualité de vie des personnes diabétiques, le PcD, en finançant l'étude de base sur la qualité de vie des patients diabétiques dans le canton de Vaud, s'est donné les moyens de mesurer à plus long terme des changements dans ce domaine au niveau du canton, en répétant régulièrement ce type d'enquête.

Les possibilités d'utiliser les données récoltées de routine par les hôpitaux et les assureurs-maladie pour l'évaluation du PcD seront par contre limitées (utilisation de données sur l'incidence de complications rares).

4.1.3 Evaluabilité de la première phase du PcD

Compte tenu de ce qui précède, il se confirme que le programme dans son ensemble doit être évalué à la fin de la première phase en termes de bilan, avec :

- une synthèse des données d'activités disponibles, regroupées quand c'est possible selon les axes du programme
- une synthèse des données épidémiologiques disponibles utiles, qui constitueront une forme de "baseline" pour l'évaluation future de la situation
- une appréciation des acteurs sur les activités menées, leur couverture et leurs résultats.

Pour la suite de l'évaluation du programme, il existe un bon potentiel d'amélioration de l'évaluabilité si le programme s'en donne les moyens, en particulier en harmonisant certains indicateurs d'activités quand c'est possible et en développant une réflexion sur la mesure de la couverture (y compris des activités de prévention primaire et de promotion de la santé).

4.1.4 Pistes pour l'avenir

Il serait utile de proposer un **monitorage minimum** des différents projets appartenant au programme qui contiendrait un recueil continu de données sur les activités menées, les productions des projets, le nombre de personnes touchées et le profil des populations atteintes/usagers/patients, le nombre de professionnels participant au réseau (dans les filières). De plus dans les rapports annuels devraient apparaître – quand c'est pertinent - des indications sur la structure du projet, les problèmes rencontrés, les événements marquants qui auraient eu une influence sur le projet et les changements apportés au projet et les raisons pour cela.

Pour les filières actuellement financées directement par le canton (Diabaide, Capdiab, Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais, AVD) et pour les projets spécifiques s'adressant à des patients (Diafit, Transition Pédiatrique, projet Stanford, etc.), il serait souhaitable de lancer un **processus d'harmonisation des données récoltées**. Une harmonisation des données (indicateurs) recueillies de routine et caractérisant les patients serait très utile, de façon à établir et comparer des profils de clientèle et à faire des estimations de couverture et de biais de couverture. Des indicateurs communs minimaux (et formulés de la même manière) devraient être discutés. Ils pourraient être, par exemple: âge, sexe, région de domicile, un ou deux indicateurs socio-économiques, nationalité, IMC, type de diabète, type de traitement, gravité du diabète, Hb glyquée. Dans la phase de bilan en 2012, il sera demandé aux différentes filières de fournir des données de profil de leur clientèle en utilisant les indicateurs communs actuellement.

La répétition régulière de l'enquête sur la qualité de vie des patients diabétiques devrait inclure une réflexion sur **l'utilisation de cette enquête à des fins d'évaluation** de certains aspects du programme (accès/utilisation, couverture, appréciation, notoriété, etc.), avec l'inclusion de courts modules spécifiques.

Dans la mesure où la multidisciplinarité, le travail en réseau, l'harmonisation et l'amélioration de la qualité de la prise en charge sont des objectifs importants du PcD, il serait judicieux de réfléchir à la pertinence d'avoir un **recueil de données régulier sur le réseau** (les professionnels), qui pourrait mesurer le fonctionnement du réseau, le degré de proximité au programme, la qualité de l'information et des pratiques dans le réseau, etc.).

5 ANNEXES

5.1 ANNEXE 1 - VARIABLES D'ACTIVITE ET VARIABLES DECRIVANT LES PATIENTS ENREGISTRES PAR LES 6 RESEAUX DE PRISE EN CHARGE DIABAIDE, CAPDIAB, TRANSITION PEDIATRIQUE, FILIERE DE DIABETOLOGIE PEDIATRIQUE RIVIERA CHABLAIS DIABEST (RESEAU ASCOR), DIAFIT, AVD/STANFORD

Tableau 3 Variables d'activité enregistrées par les 6 réseaux de prise en charge Diabaide, Capdiab, Transition pédiatrique, Diabest, Diafit, AVD/Stanford)

Réseaux						
	Diabaide	Capdiab	Transition péd.	Diabest	Diafit	AVD/Stanford
Activités par année						
<i>Hospitalisations</i>						
N patients par an	x			x		
N nouveaux patients par an	x			x		
Consultations diététiques/an				x		
N heures visites infirmière				x		
<i>Ambulatoire</i>						
N nouveaux patients	x	x	x	x	x (standard/alternatif)	X (Stanford)
N consultations infirmières	x	x	x	x		x
N heures visites infirmières		x		x		
N consultations en groupe		x (med+inf+patient)		x		
N références autres prof.		x				
N consultations activité physique				x		

Réseaux						
	Diabaide	Capdiab	Transition péd.	Diabest	Diafit	AVD/ Stanford
N consultations diététique	x	x				
N consult. podologie	x					x
N consult diabétologue	x					
N conseils brefs						x
N patients avec éducation thérapeutique initial	?	x		?		
N patients en formation continue		x				
N rencontres groupes patients						x
N médecins dans réseau	x	x		x		
N nouveaux médecins dans réseau	x	x		x		
Matériel éducatif distribué (n)		x (classeurs)	x (DVD)			x
Rencontre plate- forme prof.		x				
N passeports distribués			x			
N stands						x
N activités récréatives et sportives organisées						x

Tableau 4 Variables décrivant les patients, enregistrées par les 6 réseaux de prise en charge (Diabaide, Capdiab, Transition pédiatrique, Diabest, Diafit, AVD/Stanford)

Caractéristiques des patients enregistrées						
	Diabaide	Capdiab*	Transition péd	Diabest	Diafit	AVD/Stanford
sexe	x	x	x	x	x	X (Stanford)
âge	x	x	x	x	x	x
domicile	x		x		x	x
diagnostic				x	x	?
Type de diabète	x		x		x	?
Durée maladie	x				x	?
<i>Facteurs de risques CV</i>	x				x	
Antécédents fam	x				x	
Antécédents pers					x	
tabac	x		x		x	
IMC/ obésité	x		x	x	x	
HTA	x		x		x	
dyslipidémie	x		x		x	
artériopathie	x		x		x	
neuropathie	x		x		x	
néphropathie	x		x		x	
rétinopathie	x		x		x	
Pied à risque	x		x		x	
Traitement	x		x	x	x	
Hb glyquée	x	x	x	?	x	
Autocontrôle	x		x	x		
Equilibre alimentaire	x			x		
Activité physique			x		x	

* D'autres variables sont recueillies dans le dossier CMS qui est utilisé par Capdiab, mais ne sont pas relevées dans le fichier Excel qui contient les données spécifiques Capdiab

5.2 ANNEXE 2: THEORIES D'ACTION

5.2.1 Théorie d'action de Diabaide (p 23).

Elle comprend 4 axes:

- Information /formation
- Filière
- Collaborations
- Finances /ressources

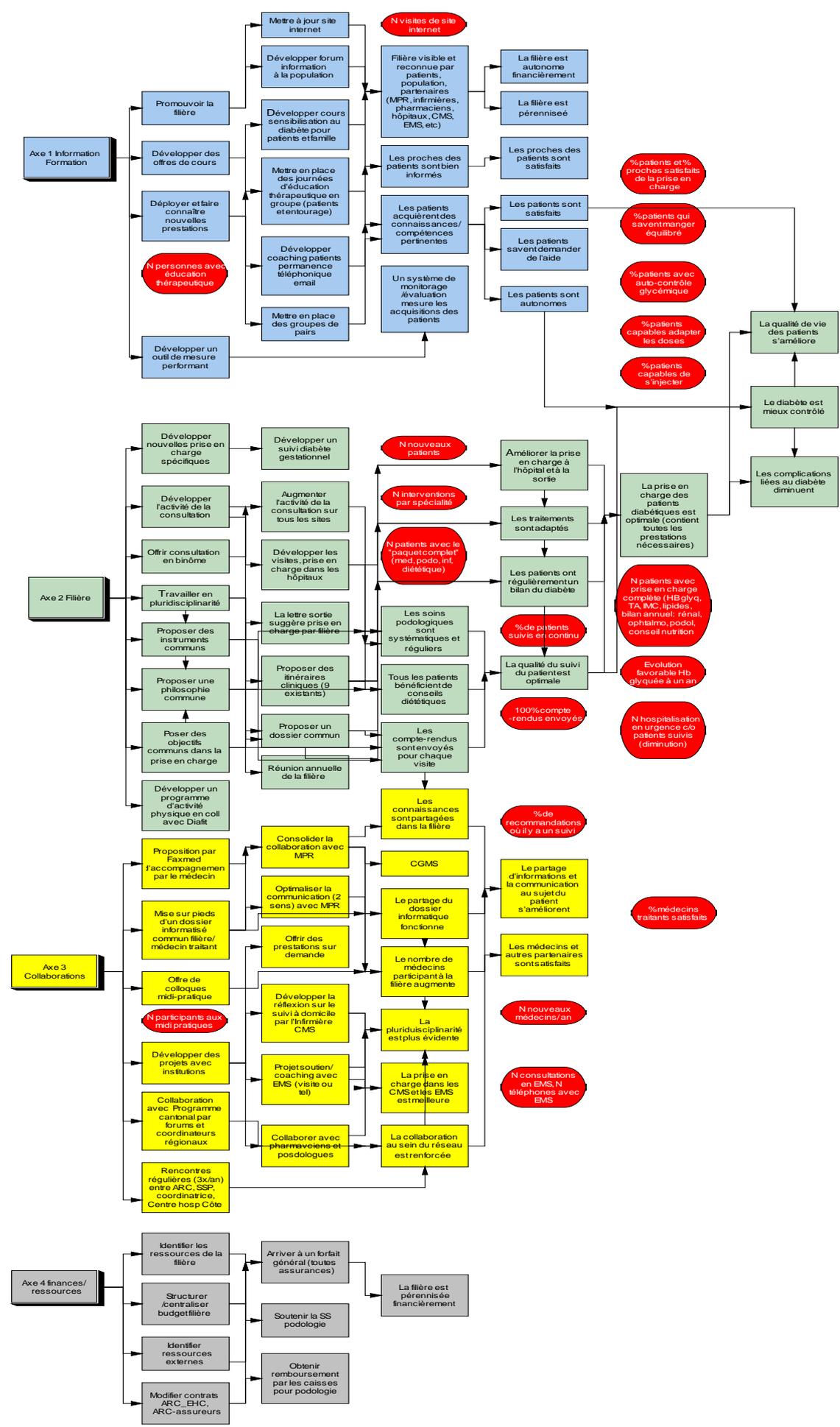
En rouge: propositions d'indicateurs.

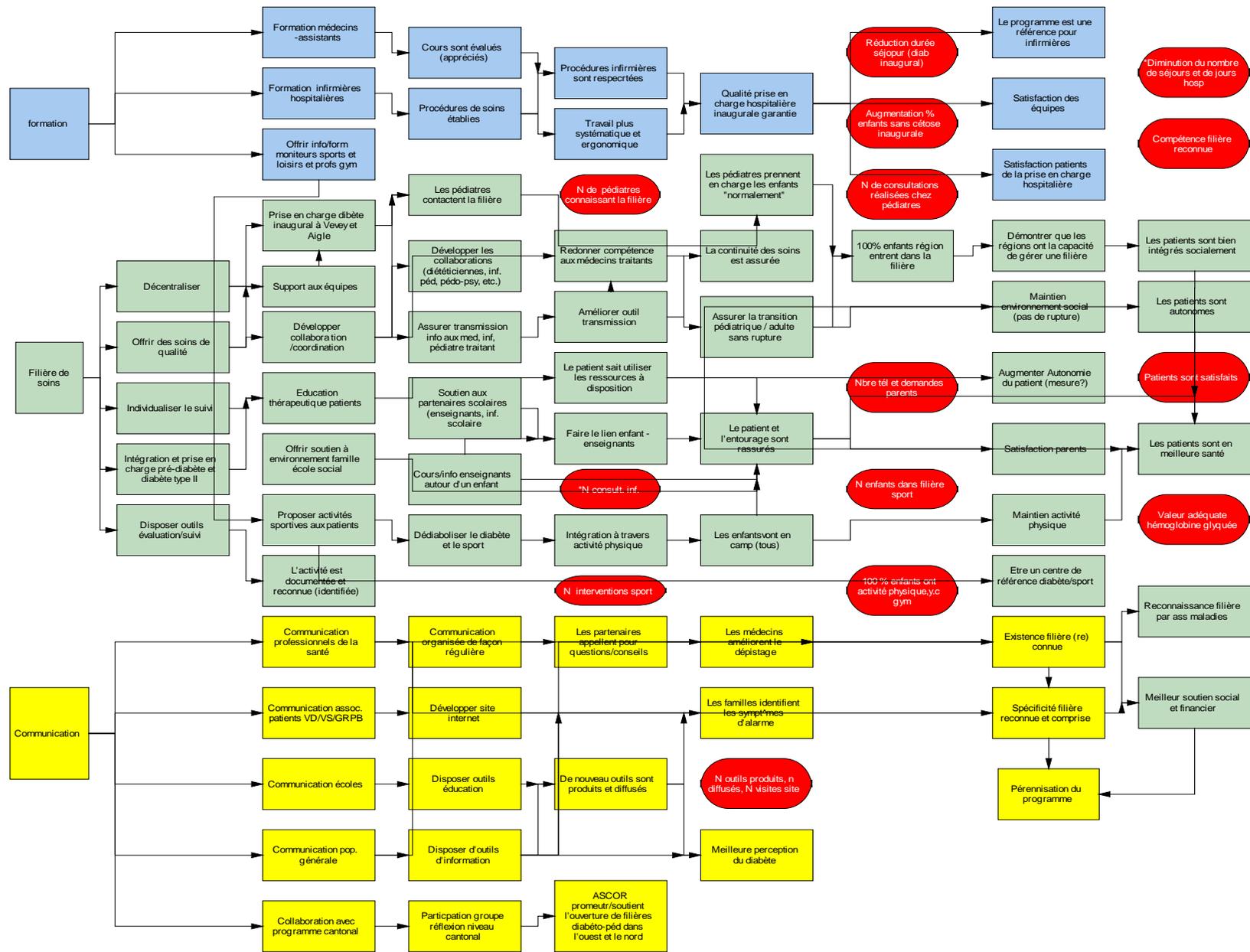
5.2.2 Théorie d'action de la Filière de diabétologie pédiatrique Riviera Chablais, Diabest (Réseau ASCOR) (p 25).

Elle comprend 3 axes:

- Formation
- Filière de soins
- Communication

En rouge: propositions d'indicateurs.





5.3 ANNEXE 3 - OBJECTIFS GENERAUX DES PROJETS INCLUS DANS L'EVALUATION DE L'EVALUABILITE

Tableau 5 Objectifs généraux des projets inclus dans l'évaluation de l'évaluabilité, par domaines d'objectifs

Axe Prévention tertiaire /Promotion de la santé des patients diabétiques (et de leurs proches)	
Axe Développement des filières et réseaux de soins	
Axe Formation	
Axe documentation, monitoring, évaluation	
Buts de santé /qualité de vie	

Objectifs

Filière diabéto-pédiatrique Chablais	Assurer la compréhension de la maladie et les soins de base pour éviter les complications
	Développer les capacités nécessaires (autonomie), créativité, maîtrise et confiance en soi) pour s'adapter aux variations et contraintes de la vie quotidienne
	Développer des comportements limitant les risques de complications, en particulier l'activité physique
	Permettre la transition de l'adolescence à la vie d'adulte
Transition pédiatrique	Développer un programme structuré de transition entre pédiatrie et soins adultes
	Permettre un suivi structuré et de qualité par des équipes multidisciplinaires
	Permettre un suivi du bien-être psychologique des patients diabétiques
	Etablir et renforcer une prise en charge autonome du diabète
	Fournir des conseils
	Diminuer les complications du diabète
	Développer et gérer l'interaction entre les fournisseurs de soin
	Coordination et homogénéisation de la prise en charge dans les différentes régions du canton

Objectifs	
Création d'outils éducatifs (DVD)	Créer un outil multimédia utilisable par des professionnels de la santé connaissant bien le traitement du diabète et ayant l'habitude de l'animation de ce genre de rencontres (par exemple l'infirmière de santé publique en diabétologie), qui servira de tremplin pour aider l'enfant ou l'adolescent, ses parents et les professionnels à parler des points importants à surveiller au cours de la journée.
Promotion de l'activité physique pour enfants et adolescents diabétiques de type 1	Transformer une somme d'expériences individuelles en expertise professionnelle au bénéfice des patients et de leur famille. Cette expertise devrait permettre d'apporter aux enfants, adolescents parents les moyens de gérer au mieux cette situation particulière
	Développer un conseil pour les équipes soignantes et les adultes encadrant l'activité physique des jeunes diabétiques
Diafit	Promouvoir l'activité physique chez les patients diabétiques selon le modèle Diafit
	Mise en place de structures dans les établissements du canton (commencer avec 7-10 centres –pilotes)
	Formation interdisciplinaire des soignants (médecins, infirmier(ère)s, diététicien(ne)s, monitrices ou moniteurs- professeurs de sport ou physiothérapeutes)
Diabaide	Mettre en place une filière coordonnée de prise en charge des patients diabétiques en ambulatoire et en milieu institutionnel dans la région de la Côte
	Améliorer la prise en charge des patients par une organisation des soins fondée sur la collaboration, le partage d'information et la coordination des prestations
	Renforcer l'autonomie et le rôle actif des patients dans la prise en charge de la maladie
	Améliorer l'observance du traitement dans le but de diminuer, voire de prévenir la morbidité liée aux complications et maladies associées
	Améliorer la qualité de vie des patients
Association vaudois du Diabète	Soutien, information, éducation thérapeutique et encouragement des personnes diabétiques de tous âges ainsi que de leurs proches
	Permettre à un groupe multidisciplinaire d'évaluer le concept de la méthode Stanford et réfléchir à une application possible dans le canton de Vaud
Capdiab	Améliorer le suivi du patient diabétique grâce à un changement structurel qui permette de favoriser la participation du médecin traitant sur le long terme et de maintenir le patient et son médecin traitant au centre de la filière
	Améliorer la transmission des informations entre professionnels
	Favoriser la participation active du patient en tant que partenaire de la prise en charge
	Assurer la coordination des prestations régionales et la coordination avec le programme cantonal

Objectifs	
Sensibilisation à l'éducation thérapeutique	Introduire les principes de l'éducation thérapeutique auprès des professionnels de la santé qui prennent en charge des patients souffrant d'un diabète ou d'autres maladies chroniques (formation interdisciplinaire de 3 demi-journées dans les différentes régions)
Adaptation et mise en oeuvre de recommandations pour la pratique clinique (RPC)	Adapter et mettre en oeuvre des recommandations pour la pratique clinique (RPC) pour promouvoir des interventions de soins fondées sur les preuves de leur efficacité
	Evaluer leur implémentation
Prévention/prise en charge du pied diabétique	Développer les soins podologiques et soutenir des prestations dont l'efficacité est reconnue mais non remboursées par la LAMAL
	Améliorer la prise en charge des pieds des patients diabétiques de manière à en diminuer les complications, notamment le nombre d'amputations
Mise en place de forums régionaux et de coordinateurs régionaux	Fournir des informations relatives au déploiement du Programme cantonal
	Donner des informations relatives aux activités de prise en charge des patients diabétiques dans la région
	Informier par rapport aux activités de prévention et de promotion de la santé dans la région
	Permettre aux soignants et aux représentants des associations de patients de mieux se connaître et de tisser des liens et créer des filières naturelles
	Décentraliser la prise en charge
Evaluation de la qualité des soins	Décrire la population de patients diabétiques résidant dans le canton de Vaud
	Evaluer, auprès d'un échantillon de la population diabétique vaudoise, leur prise en charge actuelle
	Mesurer des lacunes de la prise en charge
	Examiner comment la prise en charge du patient diabétique résidant dans le canton de Vaud se rapproche des modèles de prise en charge des maladies chroniques (Chronic Care Model)
Analyse du système de monitoring du Programme cantonal Diabète	Analyser le système de monitoring et d'autoévaluation de tous les projets du Programme ayant débuté en 2010 - 2011, également de projets soutenus par SSP (pertinence, qualité, ce qui peut en être attendu, en particulier le type de données qui seront recueillies de routine ou à des moments particuliers, leur disponibilité et leur utilisation possible pour une évaluation de l'ensemble du programme) et proposer des modifications si nécessaire

6 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Thurston W, Potvin L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*. 2003;October(9):453-69.
- 2 Wholey J, Hatry H, Newcomer K. In: Jossey-Bass, editor. *Handbook of Practical Program Evaluation*. San Francisco 2004. p. 33-62.
- 3 Shadish W, Cook T, Leviton L. *Foundations of Program Evaluation: Theorists and Their Theories*. Newbury Park, CA: Sage; 1991.
- 4 Weiss C. *Evaluation: Methods for studying programs and policies*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1998.
- 5 Spencer B, Cloetta B, Spörri-Fahrni A, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G. *Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC)*. Berne: Promotion Santé Suisse 2004. Available from: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/e/GFPstaerken/Tipps_Tools/Guideline-SMOC.pdf
- 6 Sandoz C, Jotterand S, Kühne Y. *CaP'Diab. Rapport final*. Yverdon-les-Bains: Association du Réseau de soins de la Broye et du Nord Vaudois 2008.
- 7 Arditì C, Burnand B. *Evaluation de la filière coordonnée de prise en charge des patients diabétiques "Diabaide": période 2004-2006*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive 2011.
- 8 Eggli Y. *Indicateurs relatifs aux patients diabétiques en Suisse et dans le canton de Vaud*. Lausanne: Institut d'économie et de management de la santé. Université de Lausanne 2010.

Lausanne, le 17 février 2012