

## Diabète de type 2 : les spécialistes font-ils mieux que les généralistes ?

# Effet des soins associant spécialistes et généralistes sur différents critères chez 24 232 adultes pris en charge dans la première année d'un diabète de type 2 : étude de cohorte

*The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24 232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study*

McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA.

Qual Saf Health Care 2007;16:6-11.

### Contexte

Certaines études rapportent que les spécialistes d'organes auraient plus de savoir et prodigueraient plus souvent de meilleurs soins que les généralistes<sup>(1)</sup>. Les critères de mesure des études s'adressaient souvent à des maladies aiguës ou urgentes (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral) chez des patients hospitalisés. Pour les maladies chroniques comme le diabète de type 2 (DT2) chez des patients ambulatoires, les preuves de la supériorité des résultats de leurs procédures de soins sont moins solides. Elles peuvent le devenir après ajustement de critères considérés comme des biais, comme les caractéristiques des patients par exemple<sup>(2)</sup>. Les travaux qui ont étudié ces différences étaient limités dans le temps, et concernaient des patients très sélectionnés, avec évaluation sur des critères de substitution (contrôle glycémique par exemple). Greenfield *et al.*<sup>(2)</sup> et Harrold *et al.*<sup>(3)</sup> ont montré qu'en termes de mortalité toutes causes confondues chez des patients atteints d'un DT2, la différence de qualité des soins entre spécialistes et généralistes au profit des spécialistes disparaissait, en tenant compte des comorbidités souvent exclues dans les études.

### Objectif

Comparer à long terme le devenir des patients diabétiques de type 2 récemment diagnostiqués selon le type de médecin ambulatoire (spécialiste ou généraliste) responsable de la prise en charge.

### Population étudiée

Parmi les 64 079 diabétiques la région de Saskatchewan (Canada), sur la période 1991-2001, étude sur 24 232 adultes atteints d'un diabète de type 2 depuis moins de 1 an (selon les critères de l'époque). Les caractéristiques des patients à l'inclusion sont présentées dans le tableau 1.

### Méthode

Étude prospective comparant soins spécialisés (SP) *versus* soins de premier recours (SPR) d'une cohorte ambulatoire de patients atteints de DT2, depuis le diagnostic jusqu'au décès, émigration ou arrêt de la période de surveillance.

Définition des différents types de soins :

- soins spécialisés : soins délivrés en ambulatoire par des endocrinologues ou des internistes. 99 % des patients avaient un médecin généraliste. Le système de santé interdisait au patient le recours direct aux spécialistes ;
- soins de premier recours : soins délivrés par un généraliste.

Critère de jugement principal : mortalité totale. Critères de jugement secondaires :

- nouvelles prescriptions de traitements du DT2 ;
- nouvelles prescriptions recommandées pour la prévention secondaire (IEC, statines et antiagrégants plaquettaires).

Extraction des données à partir des bases de *Saskatchewan Health*. Ces bases ont été largement utilisées pour des travaux épidémiolo-

| Caractéristiques  | SPR<br>(n = 17 390) | SP<br>(n = 6 842) | p       |
|---|---------------------|-------------------|---------|
| Âge (moyenne ± déviation standard)  | 61 (15)             | 59,5 (14,7)       | < 0,001 |
| Hommes  | 55 %                | 57 %              | 0,001   |
| <b>Lieu d'exercice</b>  |                     |                   | < 0,001 |
| – Grande ville  | 32 %                | 46 %              |         |
| – Petite ville  | 20 %                | 17 %              |         |
| – Rural   | 48 %                | 37 %              |         |
| Nombre de consultations dans l'année précédant le diagnostic              | 7,8                 | 10,5              | < 0,001 |
| <b>Comorbidités à l'inclusion</b>   |                     |                   |         |
| – Maladie coronaire   | 11 %                | 23 %              | < 0,001 |
| – Accident vasculaire cérébral  | 2 %                 | 4 %               | < 0,001 |
| – Neuropathie diabétique  | 1 %                 | 2 %               | < 0,001 |
| – Rétinopathie diabétique   | 8 %                 | 9 %               | 0,003   |
| – Néphropathie diabétique   | 3 %                 | 4 %               | < 0,001 |
| <b>Nombre de consultations au cours de la 1<sup>re</sup> année du DT2</b> |                     |                   |         |
| – En médecine générale  | 9,6                 | 11,5              | < 0,001 |
| – Spécialisées  | 0                   | 2,5               | < 0,001 |

Tableau 1. Caractéristiques des patients à l'inclusion

giques comme, par exemple, pour étudier des prises en charge différentes sur des critères biomédicaux dans le cadre du DT2.

Test statistique : analyse multivariée pour repérer les biais de confusion liés aux patients et aux médecins, en particulier les spécialistes pouvant utiliser des soins standardisés répétitifs (score de répétition) de gestion du DT2, indépendamment de l'état des patients.

La relation entre les différents types de soins et l'état du patient a été analysée selon le modèle de Cox ajusté sur les caractéristiques des patients à l'inclusion.

## Résultats

Critère principal : à 5 ans, la mortalité totale en SP et SPR était respectivement de 13,1 % et 11,7 %. L'augmentation du risque relatif de décès d'être soigné en SP était de 1,15 (IC95 = 1,07-1,25). Cette différence persistait après ajustement pour les différents modes de prises en charge mixtes (SP + SPR), quelle que soit la proportion SP/SPR : 25, 50 ou > 50 %, le score de répétition ou les variables liées au nombre de visites par an. Cette association persistait dans les groupes à bas risque.

Sur les médicaments du diabète : les patients du groupe SP étaient plus souvent traités par insuline, 15 % *versus* 10 % ( $p < 0,001$ ) et plus précocement 4,5 *versus* 4,7 années ( $p < 0,001$ ). Ils recevaient plus souvent au moins une bithérapie antidiabétique orale : 28 % *versus* 26 % ( $p < 0,001$ ).

Sur les médicaments de prévention secondaire : les patients du groupe SP recevaient plus souvent des statines, des antiagrégants plaquettaires, des IEC ou les trois associés, avec respectivement 21 % *versus* 15 %, 19 % *versus* 14 %, 41 % *versus* 38 %, et 5 % *versus* 3 %, toutes comparaisons significatives avec  $p < 0,001$ . La différence persistait après ajustement pour le nombre de consultations et le score de répétition.

## Résultat principal

À population non comparable, après 4,9 ans de prise en charge suivant le diagnostic de DT2, le risque de mortalité toutes causes confondues des patients traités par des spécialistes était supérieur à celui des patients traités par des généralistes.

## Commentaires

---

*Cette étude comporte des biais importants qui limitent la portée de ses résultats : populations différentes à l'inclusion entre les groupes, absence d'ajustement sur des paramètres importants (pression artérielle, HbA1c, etc.). Même si les différences à l'inclusion ont été ajustées dans l'analyse finale, de nombreux facteurs confondants n'ont pas été pris en compte. Par ailleurs, dans le système de soins, ce sont les MG qui « décidaient » de la circulation du patient. Les patients chez les spécialistes avaient-ils plus de complications et/ou un DT2 plus difficile à contrôler ? Le critère « mortalité totale » pose aussi la question de l'impact des comorbidités sur le critère de mesure principal.*

*Pour être rigoureux, il faudrait que les 99 % des patients suivis à la fois par un spécialiste et un généraliste n'existent pas. Alors inventer une méthode de recherche qui gomme la « vraie vie » ou poser les bonnes questions ? Valider que le travail des professionnels au XXI<sup>e</sup> siècle doit être collaboratif pour des soins « centrés sur le patient », véritable compétence du métier ? En attendant, cette étude montre que les patients suivis par des médecins généralistes ne meurent pas plus que ceux suivis par leurs confrères endocrinologues ou internistes, même s'ils prodigueraient des soins de moins bonne qualité, en termes de valeur de cholestérol<sup>(1)</sup>.*

---

*Patrick CHEVALLIER – UFR Paris Ouest*

## Références

1. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M et al. Quality of care and outcomes in type 2 diabetic patients: a comparison between general practice and diabetes clinics. *Diabetes Care* 2004;27:398-406.
2. Greenfield S, Kaplan SH, Kahn R et al. Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case-mix (bias) and physician-level clustering on quality assessment results. *Ann Intern Med* 2002;136:111-21.
3. Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med* 1999;14:499-511.