

Organisation des soins en diabétologie

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : adultes ayant un diabète de tout type.

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnels de la santé concernés par les soins aux personnes diabétiques ; décisionnaires de santé

Introduction, justificatifs

L'organisation des soins en diabétologie permet une prise en charge plus efficace et efficiente des personnes diabétiques.

L'essentiel

L'organisation des soins en diabétologie devrait s'articuler autour de 3 points cardinaux :

Travail interdisciplinaire : réseau de soins multidisciplinaire et coordonné par la ou le médecin de famille/traitant, avec des délégations de soins, et prise en charge centrée sur la personne diabétique et son autogestion du diabète.

Outils de gestion de la prise en charge : dossiers électroniques avec systèmes d'information et d'aide décisionnelle intégrés ; documents de référence clairs pour patients et professionnels de santé ; connaissance des recommandations de pratique clinique basées sur les preuves.

Programmes de gestion de la maladie (Disease Management) visant à : éduquer la personne diabétique à gérer son diabète ; assurer une disponibilité des professionnels pour les questions des personnes diabétiques sur la thérapeutique ; prendre en charge les pathologies (complications) spécifiques au diabète au sein d'équipes spécialisées (p.ex. pied diabétique).

Travail interdisciplinaire

Multidisciplinarité

La prise en charge des personnes diabétiques doit être multidisciplinaire, réalisée par des professionnels compétents, en réseau coordonné par la ou le médecin de famille/traitant, afin d'améliorer la circulation de l'information, la continuité des soins, l'adhérence thérapeutique ainsi que l'accompagnement thérapeutique des personnes diabétiques.

Délégation de soins au réseau

La ou le médecin de famille/traitant peut au besoin déléguer à d'autres professionnels de santé dans des domaines tels que : éducation à l'autogestion, utilisation des médicaments et adhérence au traitement, mesures hygiéno-diététiques, soins des pieds, prévention des complications.

Coordination du réseau de soins

Les membres du réseau de soin en diabétologie doivent :

- Etablir la liste des intervenants
- Nommer une personne coordinatrice (à adapter individuellement à la personne diabétique et à son entourage)
- Définir les modes de communication au sein du réseau
- S'assurer que les mesures de modification de prise en charge du diabète soient prises sans tarder, ou prendre eux-mêmes ces mesures et en informer le réseau, afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques individuels.
- Intégrer la personne diabétique et son entourage à cette coordination.

Prise en charge de la personne diabétique

La prise en charge du diabète doit être centrée sur la personne diabétique, promouvoir son habileté à l'autogestion de sa pathologie chronique selon ses ressources et ses préférences, en tenant compte de ses comorbidités et de l'état d'avancement de sa maladie.

Consultations interdisciplinaires

Il est souhaitable que des consultations communes/conjointes aient lieu au sein du réseau afin d'assurer une :

- Prise en charge appropriée et coordonnée

- Interaction productive entre une équipe de soins proactive et une personne diabétique informée et motivée

Formation à la collaboration multidisciplinaire

Il est souhaitable que les membres du réseau de soins en diabétologie (et des réseaux pour les maladies chroniques) soient formés à la prise en charge et à la collaboration interdisciplinaire pour les maladies chroniques.

À noter : certaines recommandations internationales préconisent un environnement commun (centre de prise en charge du diabète, plateformes de discussion) pour faciliter la communication et le travail d'une équipe multidisciplinaire.

Outils de gestion de la prise en charge

Dossier électronique

- Des registres/bases de données/dossiers électroniques performants et organisés pourraient faciliter l'identification, le suivi des personnes diabétiques et également fournir des indicateurs concernant l'état de santé et la prise en charge de ces personnes.
- Des systèmes d'informations intégrés pourraient aider à la décision et à la formation des professionnels.

Check-lists et organigrammes

Des check-lists et organigrammes cliniques avec rappels automatiques peuvent être utiles pour les professionnels et patients.

Recommandations pour la pratique clinique (RPC)

La disponibilité de RPC détaillées, partagées par l'ensemble des professionnels de santé, peut améliorer la prise en charge de la personne diabétique.

Supports papier ou électroniques

Ces outils pourraient faciliter la transmission de messages éducatifs, la formation des personnes diabétiques et de leurs proches, la prise en charge de la personne diabétique et la coordination interdisciplinaire.

Programmes de gestion de la maladie (Disease Management)

Programme d'éducation thérapeutique

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique, dont l'efficacité est établie par des preuves scientifiques, répondant aux besoins individuels et disponible pour toutes les personnes diabétiques, est un élément essentiel de la prise en charge. (cf. RPC « [Education thérapeutique à l'autogestion](#) »)

Technologies de télésanté - Hotline pour la mise en place et le suivi de l'insulinothérapie

L'existence d'une permanence téléphonique aux heures de bureau, qui selon disponibilité pourrait-être assurée par le médecin de famille/traitant, pour la mise en place et le suivi de l'insuline, ainsi qu'un numéro d'urgence atteignable 24h/24, peuvent améliorer la sécurité et l'efficacité de l'insulinothérapie. cf. RPC « [Antidiabétiques oraux et injectables pour le diabète de type 2](#) ».

Prise en charge des complications spécifiques au diabète par une équipe spécialisée et interdisciplinaire

Par exemple : équipe interdisciplinaire pied. Les soins du pied diabétique actif sont délégués à une équipe interdisciplinaire spécialisée dans les soins du pied diabétique. cf. RPC « [Pied diabétique](#) ».

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du programme cantonal diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

La recommandation sur la multidisciplinarité se fonde sur des essais randomisés contrôlés, la délégation de soin au réseau est basée sur un avis d'expert, les autres recommandations sur le réseau de soin multidisciplinaire, ainsi que celles sur les outils de gestions de la prise en charge, sont extrapolables d'une revue systématique d'essais cliniques randomisés (interventions combinées). Le programme d'éducation à l'autogestion et l'équipe multidisciplinaire pied se fondent sur des essais randomisés contrôlés, la hotline pour l'insulinothérapie est extrapolée d'essais randomisés contrôlés sur la télémédecine dans le diabète.

Recommandations sources

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) – USA

- AACE and ACE. Clinical Practice Guidelines for Developing a Diabetes Mellitus comprehensive Care Plan – 2015. Endocr Pract. 2015; 21 (Suppl 1): 1-87. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care. 2017; 40 (Suppl 1). [Lien](#)

Association Canadienne du Diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes. 2013; 37 (suppl 5): S361-S598. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG17. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of Diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010 (Updated September 2013). [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Aline Chappuis, Fabrizio Cominetti, Lilli Herzig, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz.

Groupe de validation : Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Sébastien Jotterand, Anne Zanchi.

Date de la recommandation : janvier 2015 / mise à jour des références en novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2018

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.