

## Education thérapeutique à l'autogestion

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

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

### Introduction, justificatifs

L'éducation à l'autogestion est devenue un aspect fondamental dans la prise en charge des personnes ayant une pathologie chronique. L'autogestion permet d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes diabétiques, ainsi que de diminuer les coûts.

### L'essentiel

**Définition selon l'OMS** : « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

**Indication, période pour la réalisation de l'ETP** : pour toute personne diabétique : l'ETP structurée et continue fait partie intégrante des soins du diabète.

**Éducation thérapeutique lors des consultations** : incorporer, chaque fois que possible, des échanges éducationnels. Mise en place au moment du diagnostic et complétée/renforcée par la suite chaque fois que nécessaire. Évaluation de l'aptitude à l'autogestion et ajustement des mesures éducatives (si besoin)  $\geq 1x/an$ .

**Séances d'ETP structurées** : éducation en groupe de préférence, mais fournir une alternative individuelle équivalente le cas échéant. L'ETP est assurée par une équipe pluridisciplinaire disposant d'une formation théorique et pratique spécifique.

#### Objectifs de l'ETP chez la personne diabétique :

- Connaissances sur le diabète, son évolution et son traitement
- Changement du mode de vie
- Auto-surveillance glycémique et son utilisation pour l'autogestion
- Utilisation efficace et sûre des médicaments
- Savoir auprès de qui rechercher et obtenir des informations
- Gestion des imprévus, détection et traitement des situations de crise, des complications aiguës ou chroniques
- Stratégies pour résoudre les problèmes psychosociaux
- Interventions de soutien pour la famille et les proches

**Évaluation et indicateurs d'efficacité des séances d'ETP structurées** : l'évaluation des compétences acquises par la personne diabétique devrait être connue du personnel soignant de référence. Le plan de prise en charge et d'ETP devrait être revu chaque année avec la ou le médecin traitant.

### Définition de l'éducation thérapeutique du patient à l'autogestion du diabète (ETP)

**Définition selon l'OMS** : « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation, les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. L'éducation thérapeutique vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie. »

### Indication, période pour la réalisation de l'ETP

Il est recommandé d'offrir une éducation structurée aux personnes diabétiques de tout type. Certains aspects de l'ETP, notamment concernant l'alimentation et l'activité physique, peuvent s'appliquer aussi aux personnes pré-diabétiques.

Les soignants devraient informer les personnes diabétiques et leurs proches qu'une éducation thérapeutique structurée et continue fait partie intégrante des soins du diabète.

### Éducation thérapeutique lors des consultations

Les professionnels qui délivrent des soins aux personnes diabétiques devraient incorporer chaque fois que possible des échanges éducationnels.

L'ETP devrait être mise en place au moment du diagnostic et complétée/renforcée par la suite chaque fois que nécessaire sous la forme d'un processus continu.

Une évaluation de l'aptitude à l'autogestion et un ajustement des mesures éducatives devraient avoir lieu au moins 1x/an.

### Séances d'ETP structurées (cours structurés donnés par des professionnels spécialisés)

Les séances d'ETP structurées, individuelles ou collectives, sont toutes deux efficaces selon la littérature.

Offrir de manière préférentielle une éducation en groupe (disponibilité, coût moindre). Fournir une alternative avec des standards équivalents aux personnes dans l'incapacité ou ne désirant pas suivre une éducation de groupe.

Équipe éducative : L'ETP sera délivré par un-e ou plusieurs professionnel-le-s de santé formant une équipe pluridisciplinaire et comprenant au minimum : un-e infirmier-ère clinicien-ne en diabétologie, un-e médecin et un-e diététicien-ne. D'autres professionnels peuvent compléter la prise en soins (p. ex. : pharmacien-ne, podologue, enseignant-e de sport/physiothérapeute, psychologue, pairs, éducatrices et éducateurs).

Qualité du programme d'ETP : S'assurer que les programmes d'ETP fournissent les ressources nécessaires au travail des éducatrices et éducateurs, et qu'elles ou ils ont une formation théorique (en éducation thérapeutique), pratique (expérience de terrain), et suivent une formation continue.

Sujets à traiter et interventions éducatives, adaptation aux besoins des personnes diabétiques : l'ETP devrait :

- Couvrir les aspects majeurs de l'autogestion du diabète et leur justification
- Comporter des interventions cognitives et comportementales sur la résolution des problèmes
- Prendre en compte les facteurs psychosociaux
- Promouvoir des changements de comportement pour soutenir l'efficacité du plan thérapeutique et un style de vie plus sain
- Fixer une élaboration des objectifs et mettre en place des indicateurs d'auto-suivi
- Utiliser des interventions qui accroissent la participation du patient à la prise des décisions relatives aux soins de santé

Le personnel soignant devrait évaluer avec empathie les besoins individuels des personnes pré-diabétiques ou diabétiques afin de s'assurer que l'ETP délivrée tienne compte de leurs spécificités psycho-sociales, cognitives, culturelles et de leur niveau d'éducation (capacité de lecture et de calcul).

### Objectifs de l'ETP chez la personne diabétique

La personne diabétique, avec l'accompagnement de sa soignante ou son soignant, devrait idéalement (seule, avec l'aide de ses proches ou des soins à domicile) :

- Être capable de juger et de choisir comment effectuer ses soins
- Obtenir les informations nécessaires auprès des professionnels disponibles pour le conseiller
- Acquérir l'intelligibilité de soi et de sa maladie
- Pouvoir décrire l'évolution clinique de la pathologie diabétique et les options de traitement
- Incorporer les aspects nutritionnels, d'activité physique, d'abstention tabagique dans un « mode de vie sain »
- Savoir utiliser efficacement et en toute sécurité ses médicaments pour une efficacité maximale
- Savoir surveiller sa glycémie et les autres paramètres cliniques. Savoir interpréter et utiliser les résultats pour autogérer les décisions thérapeutiques (cf. RPC « [Autosurveillance de la glycémie](#) »).
- Prévenir, détecter et traiter les complications aiguës ou situations de crise

- Prévenir, détecter et participer au traitement des complications chroniques
- Participer à la planification et à l'analyse du diagnostic précoce des complications
- Développer des stratégies personnelles pour résoudre les problèmes et préoccupations psychosociales
- Développer des stratégies personnelles pour promouvoir sa santé et modifier son style de vie.
- Savoir optimiser le rapport coût / efficacité de ses soins diabétologiques
- Savoir qu'il peut faire appel à des interventions qui aident la famille et les proches à gérer le stress ou les conflits liés au diabète et son traitement

## Evaluation et indicateurs d'efficacité des séances d'ETP structurées

Une évaluation des compétences acquises par la personne diabétique dans l'autogestion de son diabète et de ses besoins devrait être réalisée et documentée, au moins 1x/an. Cette évaluation devrait être transmise au personnel soignant qui a adressé la personne à ces séances.

Le plan de prise en charge et d'ETP devrait être revu chaque année avec la ou le médecin traitant en fonction des priorités établies par la personne diabétique avec les professionnels de son réseau de soins en diabétologie.

## 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 définition de l'ETP est celle donnée par le groupe d'expert de l'OMS, l'indication et la périodicité pour la réalisation de l'ETP sont basées sur des essais cliniques randomisés, l'efficacité des séances d'ETP structurées individuelles ou collectives est basée sur des essais randomisés, les recommandations traitant de l'évaluation annuelle des connaissances et aptitudes du patient sont basées sur des essais cliniques randomisés, celles sur les thèmes à traiter, les interventions éducatives et l'adaptation aux besoins des patients sont basées sur des revues d'essais cliniques avec méta-analyses. Les autres recommandations se fondent sur des consensus d'experts.

## 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. Endocr Pract. 2015; 21 (Suppl 1): 1-87. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care 2014 37(Suppl 1): S144-153. [Lien](#)
- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care: Jan 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](#)

Haute Autorité de Santé (HAS) – France

- HAS. Guide – Affections de Longues Durées : Diabète de type 1 de l'adulte. 2007. [Lien](#)
- HAS. Guide parcours de soins - Diabète de type 2 de l'adulte. 2014. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

National Health and Medical Research Council (NHMRC) – Australia

- National Evidence Based Guideline for Case Detection and Diagnosis of Type 2 Diabetes. Prepared by The Boden Institute of Obesity, Nutrition and Exercise of the University of Sydney and The Diabetes Unit Menzies Centre for Health Policy of the University of Sydney 2009. [Lien](#)

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

- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: May 2017). [Lien](#)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Danemark

- Bureau Régional pour l'Europe. Copenhagen. Education Thérapeutique du Patient: Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. 1998. [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN 2013. [Lien](#)

**Groupe ayant mis à jour la RPC :** Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Fabrizio Cominetti, Lilli Herzig, Heike Labud, Isabelle Peytremann Bridevaux, Juan Ruiz, Valérie Santschi, Ida Welle.

**Groupe de validation :** Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Cristina Henry, 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.