

# Le Programme cantonal Diabète bilan et perspectives

**Dr Isabelle Hagon-Traub**, Directrice du Programme

Léonie Chinet, Adjointe à la direction

Forum Diabète – 27 juin 2013, Lausanne





# Estimation de la population diabétique vaudoise

Population va	nudoise - Estimation <sub>l</sub>	opulationnell	e 2008, basées	s sur statistiques C	olaus	2006	
	35-75 ans (Stat. SCRIS)	Population totale	% de la population	% Population (Colaus 2006)		Nbr. D'individus 35-75 ans	
Estimation de la population diabétique canton de Vaud							
	344025	684'922	50.23%	6.60%		22706 ind	lividus
Estimation de la population diabétique non diagnostiquée canton de Vaud							
	344025	684'922	50.23%	1.98%		6812 ind	lividus





# Elaboration Programme cantonal Diabète (PcD)

Rapport de politique sanitaire (2008-2012)

→ mandat au Service santé Publique

5 groupes de travail / 58 partenaires de soins

Plan d'action de 47 projets

7 juillet 2010 : lancement du Programme par le Ministre vaudois de la santé M. P-Y Maillard





#### Rapport technique

#### Service de la santé publique

Directrice du programme : Dresse I.Hagon-Traub, Chef de projet : M. Philippe Hirsiger

Présidents des groupes de travail :

Dr P.Bovet, Dr J.Ruiz, Dresse I. Peytremann-Bridevaux, Mme C. Noth, Dr Hauschild

Service de la santé publique :

Mme G. Stucki, Cheffe de division, M. J.-C. Masson, Chef de service

5 juillet 2010 Version - RF 9





# 1 vision 2 missions

# Diminuer l'impact du diabète sur la population du canton de Vaud

Ralentir la progression de l'incidence et

Améliorer la prise en charge des patients





#### 3 Valeurs

#### Equité

- Prévention, information, traitement
- É.géographique et E.socio-économique

#### Collaboration

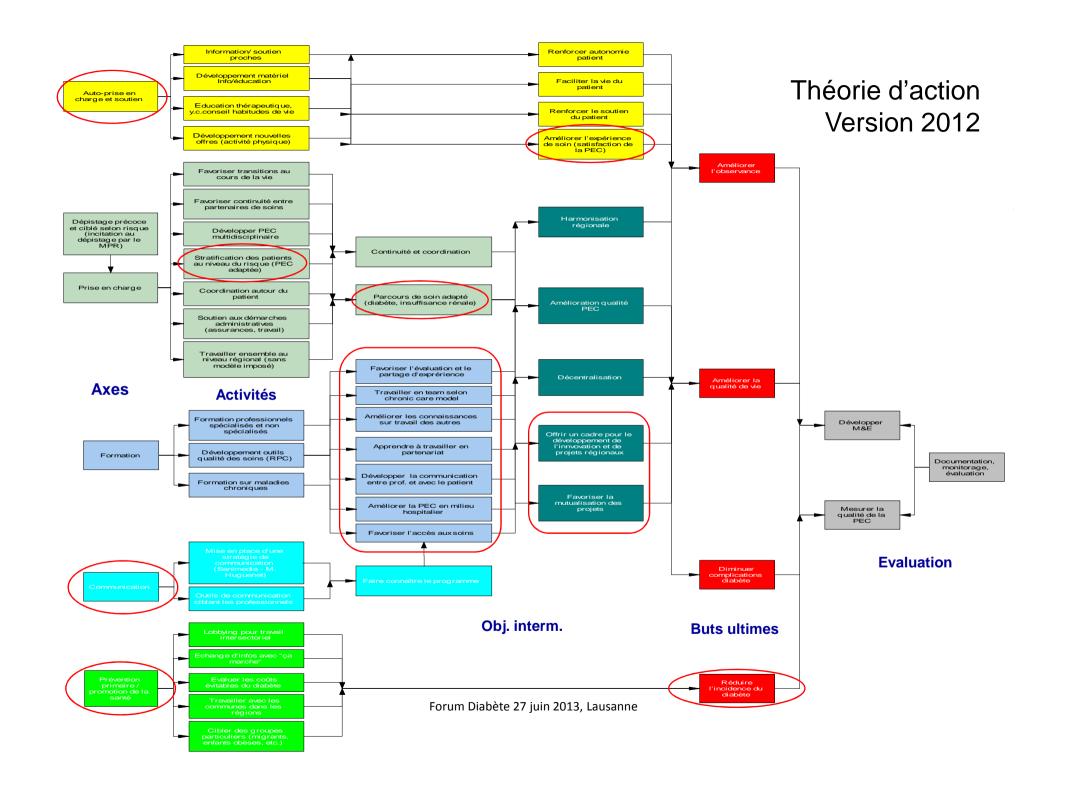
- Interdisciplinarité
- Auto-administration des soins

### Respect

- Individu, droit du patient
- Ethique,
- Déontologie



Programm Plan d'actionstrategies	e cantonal on global 2010-12		<u> </u>	A.1.1 Etablir un inventaire des mesures structurelles pour réduire durablement le		
A. Collaborer à la promotion d' un style de vie sain dans la population générale (Prévention	201  En cours	. <b>0</b> A démarrer		diabète  A.1.2 Faire un inventaire actualisé des programmes, rendre les synergies possibles et explicites	1 1 1	2012
primaire)	Livedars	, demane		A.2.1 Etablir une synthèse des rapports existants « enfants-adolescents »	ł	
B. Réaliser un diagnostic précoce et un dépistage ciblé du diabète et des facteurs de risque associés	B.2.1. Campagne «Population » pour sensibiliser aux facteurs de risque	B.1.1 Campagne «Parents Enseignants » de communication		B.3.1. Campagne « Soignant » de sensibilisation		
	C.1.1 Explorer les besoins des professionnels de la santé	C.1.3 Mettre en place des coordinateurs régionaux pour chaque région sanitaire		C.1.4 Créer un « Répertoire soignants » regroupant les structures, activités et acteurs régionaux	responsabilités) de relation entre de santé pour favoriser le tr interdisciplinaire  C.1.9 Concept de filières de prise du patient diabétique basées s	C.1.6 Définir des protocoles (rôles et responsabilités) de relation entre les acteurs
	C.1.2 Evaluer les services et les projets en cours dans les régions	C.1.7 Créer des forums régionaux	֓֞֜֜֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֡֓֓֓֡֓֓֡֓֓֡֓֡֓֡֓֡֡֡֡֜֜֡֡֡֡֡֡	C.1.5 Créer des groupes multidisciplinaires incluant les leaders d'opinion régionaux		
C. Améliorer le traitement et le suivi des patients diabétiques	C.2.1 Explorer les besoins des patients diabétiques	C.1.10 Définir le rôle des pharmacies dans la prise en charge / le soutien du patient diabétique		C.1.8 Consolider les directives de prise en charge fondées sur les preuves et les		du patient diabétique basées sur une stratification des patients et répondant à des critères EBM
	C.2.3 Promouvoir l' activité physique des patients diabétiques	C.2.4 Encourager les initiatives des associations de patients		diffuser/communiquer	C.2.5 Systématiser la prise en charge des glycémies élevées relevées lors des	
	C.4.1 Définir un programme structuré de transition pédiatrie-adulte	C.2.6 Organiser une réponse téléphonique pour aider les patients		C.2.2 Identifier les principaux obstacles assécurologiques et proposer un plan d'action pour aider les patients en difficulté	C.4.2 Définir un concept mécanismes garantissant la t	hospitalisations  C.4.2 Définir un concept et créer les
	C.5.1 Créer et mettre en œuvre une Formation à l'Education thérapeutique	C.3.1 Promouvoir l'utilisation du passeport diabète		C.2.7 Soutenir la prise en charge financière des soins podologiques des patients à risque par les assureurs		prise en charge adulte à une prise en charge
	C.5.2 Promouvoir la visibilité des formations en éducation thérapeutique	C.3.2 Evaluer la pertinence d'un dossier patient électronique	إزا	C.2.8 Soutenir une prise en charge spécifique pour les minorités ethniques	1	
				C.3.3 Organiser une permanence téléphonique à destination des soignants	i I	
D. Développer un relevé épidémiologique de la population diabétique du Canton	D.1.1 Réaliser un suivi épidémiologique du diabète		!	D. 1.2 Développer un concept de surveillance et de système d'information pour le canton	1	D.1.3 Connaître les caractéristiques de la population diabétique hospitalisée
E. Promouvoir la recherche, l' innovation et l' évaluation du programme	E.2.2 Créer des formations pour les patients diabétiques incluant entre autres: -	E.1.1 Evaluer le Programme Cantonal au niveau de la mise en œuvre		E.1.3. Evaluer le Programme au niveau de la qualité des soins et économique	1	E.4.1. Soutenir des projets de recherche sur le diabète
	l'éducation par les pairs (Méthode de Stanford).	E.1.2 Évaluer le Programme Cantonal au niveau des résultats (Indicateurs de qualité)		E.5.1 Créer et entretenir un site à destination des soignants		E.3.2 Créer de nouvelles méthodes d' enseignements pour les soignants
	E.3.1 Promouvoir la formation pour l'ET des patients atteints de maladies chroniques (Public soignants/CAS)	E.2.1 Créer des outils de formation et d'information pour patients diabétiques		E.6.1 Consolider un système de veille de l' innovation sur tous les aspects concernant le diabète	֡֝֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓	E.3.3 Développer et mettre en place un cursus soignant-Référents en institutions
		enfants et adolescents		E.6.2 Communiquer les résultats issus de la veille sanitaire. Moyens: Portail internet, Newsletter		E.5.2. Créer des outils pour améliorer l'accompagnement des patients diabétiques





### Réorganisation du PcD

- COPIL diabète -> maladies chroniques
  - Groupe expert : compétences en diabétologie
- Rattachement à l'Association Vaudoise du Diabète
- Regroupement des projets «diabète»





AXE	e cantonal diabète 2013 – 2017 N° Projets	Objectifs des projets	Activités / résultats	Impact du PcD à 2017
	A1 DIAIR	Le nombre de patiente educados	nédecins de famille augmente significativement chaque année.	
A AUTO-PRISE EN CHARGE ET SOUTER		Fin 2016, 1'000 patients vaudois diabétiq	nedecins de ramine augmente significativement chaque année. jues type 2 ou pré-diabétiques ont participé au programme DIAfit. sont mises à disposition des soignants des centres DIAfit.	
	A2 EVIVO - Vivre avec une maladie chronique	Le taux d'occupation des ateliers proposi Fin 2016, le nombre de médecins prescri	alisés, soit 1 par an dans chaque région du canton. és dans chaque région atteint 90% pteurs a significativement augmenté u utiles pour la gestion de leur maladie chronique atteint 80%	L'autonomie, la prise en charge l'étal de santé perçus par les
	A4 Ateliers culinaires enfants	Le taux d'occupation des ateliers propose	alisés, soit 1 par an dans chaque région du canton. és dans chaque région atteint 90% s utiles pour la gestion de leur alimentation atteint 80%.	patients diabétiques se sont améliorés
	A5 Adaptation des RPC aux patients	Les RPC développées dans le cadre du le Fin 2016, 50% des personnes diabétique bonne pratique concernant le diabête et l	PcD sont disponibles dans leur version adaptée aux patients. es ou pré-diabétiques vaudoisses ont accès aux recommandations de 80% des utilisateurs les trouvent utiles.	
	A6 Cartographie des prestations à disposition des patients	accessible et mise à jour tous les 6 mois Fin 2016, 80% des personnes diabétique	et autres prestations à disposition est identifiée, centralisée, au minimum: se diptédiabétiques vaudoises connaissent l'offre des cours et n dans chaque région et sur l'ensemble du canton.	La proportion de patients diabétiques dont la valeur moye d'HbA1C est soit supérieure à 9
	A7 Accès aux prestations "éducation thérapeutique"	d'ET mise à leur disposition dans chaque D'ici fin 2016, deux cours au minimum so	es ou pré-diabétiques vaudoises ont accès à l'offre de prestations région. Int disponibles chaque année dans chaque région du canton. diagnostiqués eyant suivi un cours d'ET attent 50%	soit iriférieure à 8% reste en- dessous de 10% pour la premiè et en-dessus de 70% pour la seconde
	B1 Amélioration de la prise en charge hospitalière	Les institutions hospitalières vaudoises di personnes diabétiques répondant aux sta	sposent de documents pour la prise en charge et le suivi des	
	B2 Transition pédiatrique	Fin 2014, 100% des situations complexes	s d'enfants diabétiques suivis dans les institutions sanitaires nation vers leur suivi par les structures pour adultes.	
	B3 Podologie - Filière cantonale dés 2013	Fin 2016, 90% des patients diabétiques t (contre 68% en 2011) et 70% un auto-co patients diagnostiqués avec un pied à rise Fin 2018, 100% des patients dépistés av Fin 2013, finformation concernant l'offre	raités rapportent un contrôle des pieds durant les 12 derniers mois ontrôle de leurs pieds au cours des trois derniers mois chez les	
B PRISE EN CHARGE	B5 Diabète gestationnel PII - Filère cantonale	Fin 2015, le nombre de patientes avec di diabétologie a significativement augmente Fin 2015, le taux de patientes bénéficiant	abète gestationnel vues par une équipe/médecin spécialisé en é d'un suivi métabolique post-parturn a significativement augmenté d'es avec un diabète gestationnel qui a bénéficié de prestations	Le nombre d'amputations proximales liées à un diabête diminue de 50%
PRISE	B7 Filière régionale Nord - Plateforme/ Cap'Diab	Fin 2016, le taux de médecins de famille 70%.	de la région qui prescrivent/utilisent des prestations du PcD atteint touchés dans l'année par au moins une prestation du PcD atteint	
	B8 Filère régionale Ouest - Diabaide	Fin 2016, le taux de médecins de famille 70%. Fin 2016, le taux de patients de la région 70%.	de la région qui prescrivent / utilisent des prestations du PcD atteint touchés dans l'année par au moins une prestation du PcD atteint pau développement d'outils technologiques développés par le PcD	
	B13 Filère "néphropathie diabétique"	Fin 2016, la filière contribue à ce que 90% durant les 12 derniers mois (contre 64% Fin 2016, le taux de médecins / professio	% des patients diabétiques traités rapportent un contrôle des urines	L'incidence de dialyses liées au diabète est inférieure à 5 par ar (contre 7 en moyenne entre 200 2009)
	C1 Recommandations de bonnes pratiques cliniques (RPC)	Des RPC sont disponibles pour toutes les Les RPC sont mises à jour au moins tous	s questions cliniques en lien avec la problématique du diabète. s les 2 ans.	
	C2 Diffusion des RPC	Fin 2016, le taux de médecins de famille diabétiques a augmenté de 50% par rap	qui connaissent et utilisent les RPC pour le suivi de leurs patients port au taux initial de 2013. (nb de clics/accès sur le site Internet)	
C FORMATION	C3 Sensibilisation à l'éducation thérapeutique	l'ensemble du canton. Au moins 80% des participants à la forma	médecins, infirmières, podologues etc.) ont été formés à l'ET sur ation jugent que celle-ci répond à leurs attentes / besoins, It répertoriées comme personnes ressources.	
583	C6 Forums	La participation aux forums reflète la diver participent pour la première fois à un foru	rsité des professions invitées et le nombre de professionnels qui im est d'au moins 30%. Birer un bénéfice direct pour leur pratique (connaissance des	
ATION	D1 Communication - actions RP	La population vaudoise, les professionnel PcD.	ls de la santé et les autorités publiques connaissent l'existence du s du PcD sont accessibles à 80% de la population (ménages - nb	Le taux de patients diabétiques rapportant une activité physique régulière a augmenté
D COMMUNICATION	D2 Stratégie de communication	Le PcD dispose d'une stratégie de comm	nunication validée par le COPIL	The state of the s
NOS .	D3 Outils de communication ciblant les professionnels		communication et la collaboration interprofessionnelles sont ité impliqué dans la prise en charge des patients diabétiques.	
 TE	E1 Collaboration avec "ça marche! Bouger plus, manger mieux"	Des mesures favorisant l'activité physique développer un diabète sont disponibles e	e et l'alimentation équilibrée et ciblant les groupes à risque de t utilisées.	Le taux de personnes en surpo
E VENTION PRIMAIRE / AOTION DE LA SANTE	E5 Campagnes de sensibilisation et de dépistage	population vaudoise est de 60% (analyse	nation concernant diabète au cours des 12 derniers mois parmi la des dépistages en ligne) liabète, au moins 70% présentent un autre facteur de risque.	ou obèses rapportant une activ physique régulière a augmenté
PREVENTIO	E6 Collaboration avec le PC prévention du tabagisme,	Fin 2016, les informations pertinentes et	e au tabac pour les personnes diabétiques sont disponibles, de qualité sur les liens entre diabète et tabagisme sont intégrées aux ers publics cibles concernés (en part. pharmacies et leur clientèle).	
_	E7 Projets ciblés sur des groupes spécifiques (migrant enfants en surpoids etc.)	s, Le PcD contribue à réduire les inégalités	face au risque de développer un diabète.	
ATEGIE	F1 Cohorte patients diabétiques (2013-2015)		inté et la prise en charge des patients diabétiques, ainsi que leur	L'augmentation de la prévalenc diabète ne dépasse pas celle
	F2 Evaluation de la pratique des professionnels	diabétiques qui a) connaissent et b) appli	onnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients quent les RPC; c) prennent en charge les patients suivant le Chronic ofessionnels d'autres domaines dans ce cadre, sont connus.	estimée sur la base du vieillissement de la population vaudoise
ON & STR	F8 Evaluation du PcD	L'activité déployée dans le cadre du PcD son impact entre 2013 et 2017 sur la pro	est systématiquement monitorée selon des indicateurs standard et ablématique diabétologique vaudoise est évalué (cf. projet F1).	
F PILOTAGE, EVALUATION & STRATEGIE	F10 Organisation et pilotage du PcD		rmalisant son organigramme et le cahier des charges de ses	
TAGE,	F11 Mutualisation du savoir		e des maladies chroniques dans le canton et au niveau Suisse.	
PILO	F12 Outils technologiques - système d'information	Des outils de communication et gestion s	ont disponibles pour réaliser les projets du PcD de façon efficiente	
	F13 Analyse des tests de dépistage réalisés via le site	Le profil des personnes dépistées au mo		





# Outils de pilotage et soutien aux projets

- Objectifs et priorisation modèle d'impact
- Soutien à l'innovation documents pour le développement, le suivi et la consolidation des projets
- Accès aux prestations répertoire Diabète
- Travail interdisciplinaire, communication / collaboration dossier patient informatisé
- Soutien à la formation forums interprofessionnels, recommandations de pratique clinique





### Les projets du PcD

- 1. Projets dépistage et prévention primaire
- Projets évaluation, « état des lieux » (piloter,...)
- 3. Projets patients (autonomiser,....)
- 4. Projets soignants (aider,....)



Projets réseau (fédérer,....)



# 1. Projets dépistage et prévention primaire

- Campagne de dépistage et sensibilisation (11.2011)
- 2 Campagnes de dépistage en ligne (2012)
- Collaboration avec le programme « ça marche »
  - facteurs de risques partagés : sédentarité, surpoids





# 2. Projets« État des lieux et évaluation »

- Exploration des expériences et besoins des patients diabétiques et professionnels de la santé du canton de Vaud Dr. PD I. Peytremann Bridevaux, S. Lauvergeon, D. Mettler, Lausanne, IUMSP, 2011
- Caractéristiques des patients diabétiques vaudois et évaluation de leur prise en charge Dr. PD I. Peytremann Bridevaux, J. Bordet PhD, Prof B. Burnand, Lausanne, IUMSP, 2012
- Programme cantonal diabète: Bilan de la première phase du programme (2010-2011) F. Dubois-Arber, R. Bize, D.Koutaissoff, IUMSP, Lausanne, 2013
- Programme Diabète: évaluation de l'évaluabilité des différents projets inclus dans le Programme en 2010 et 2011 F. Dubois-Arber, R. Bize, Lausanne, IUMSP, 2012
- Les coûts directs médicaux du diabète dans le canton de Vaud Prof. C. Jeanrenaud, G. Dreyer, Neuchâtel, IRENE, 2012
- Les coûts indirects du diabète dans le canton de Vaud Prof. C. Jeanrenaud, G. Dreyer, Neuchâtel, IRENE, 2013

#### PROJETS EN COURS

- Suivi de cohorte de patients diabétiques Dr. PD I. Peytremann et coll., IUMSP
- Evaluation de la pratique des professionnels Dr. PD I. Peytremann Bridevaux et F. Dubois-Arber, IUMSP





# Besoins des patients et des soignants

#### Interdisciplinarité

Réunions, prise en charge et coordination

#### Soutien

Association de patients, groupe de pairs, prestations utiles

#### **Outils**

Directives, dossier patient informatisé





# Coûts médicaux du diabète dans le canton de Vaud (2009)

_	• • • • •	•		r	
⊢n	mıll	ions	AD.	tran	$\boldsymbol{\Gamma}$
		10113	uL	пан	

	Gestion de la maladie	Complications	Total
Méthode « type de prestations »	44.6	123.2	167.8
Méthode globale	83.6	167.1	250.7

- ▶ La plus grande partie du surcoût (entre 66% et 73% selon la méthode) est due aux complications
- Les coûts indirects (incapacités de travail) et la perte de la qualité de vie (coûts humains) ne sont pas inclus dans l'estimation





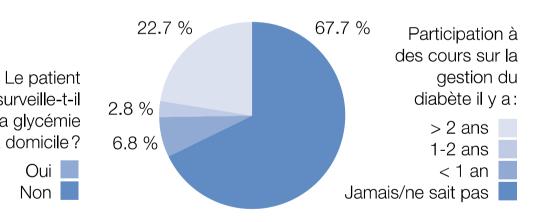


### **Autonomisation du patient**

#### Surveillance glycémique à domicile

# 17.8 % Le patient surveille-t-il sa glycémie à domicile? Oui Non

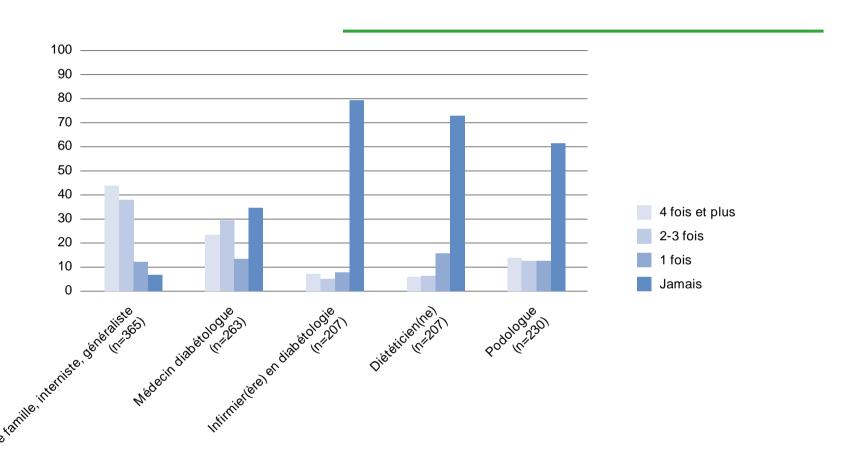
# Participation à des cours sur la gestion du diabète







### Interdisciplinarité







# Critères qualités SSED

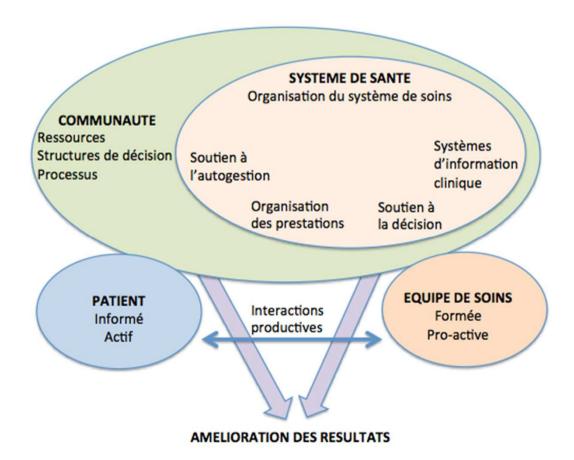
Critères de bonne prise en charg	Vaud 2012			
Contrôles annuels	Minimum 3/année	≥ 80% des patients	-	
Conseils hygiène de vie	Conseils diététiques <u>et</u> d'activité physique	≥ 80% des patients	42%	
	Non-fumeurs ou conseils cessation tabac chez fumeurs	≥ 80% des patients	96%	
HbA1C, min 2x/an †	Moyenne des valeurs annuelles >9% <8%		6.9% 71%	© ©
Tension artérielle min 2x/an	≥ 140/90 mmHg	≤ 35% des patients	37% (42%**)	
	<130/80 mmHg	≥ 25% des patients	19% (21%**)	
Contrôle ophtalmique annuel	(chez ophtalmologue)	≥ 60% des patients	57%	
Cholestérol-LDL †	<u>&gt;</u> 3.38 mmol/l <2.6 mmol/l	≤ 37% des patients ≥ 36% des patients	(17%**) (55%**)	© ©
Contrôle annuel néphropathie	(créatinine et microalbuminurie)	≥ 80% des patients	63%	
Contrôle annuel des pieds	(pouls, monofilament)	≥ 80% des patients	67%	





# Programme cantonal Diabète Réseaux de soins

Collaboration, coordination, proximité





### 3. Projets « patients »

### Le patient acteur de sa santé







### **Projets « Patients »**

### Soutien permettant l'autonomisation

Soutien association de patient (AVD)

Evivo (suivant méthode de Standford)

Transition adolescence-jeune adulte

Passeport diabète

Ateliers culinaires enfants

Adaptation de recommandations de pratique clinique Cartographie des prestataires et des prestations





### **Projets « Patients »**

#### Activités novatrices

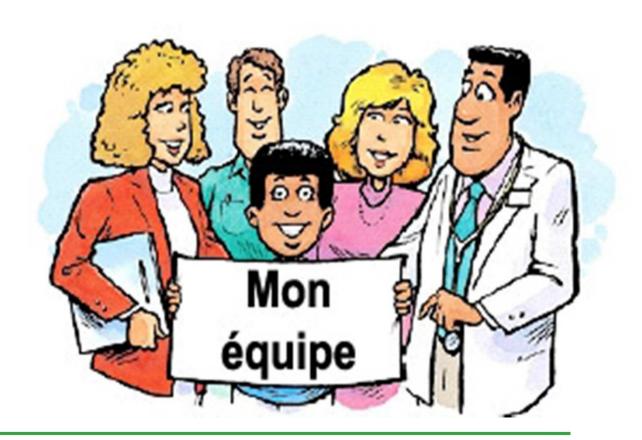
**Diafit** 

Sport pour enfants avec un diabète de type 1 Sport pour femmes avec un diabète gestationnel Dépistage universel et suivi diabète gestationnel Filière « pied diabétique »





## 4. Projets « Soignants »







### Projets « Soignants »

#### **Outils**

Recommandations de pratique clinique Sensibilisation à l'éducation thérapeutique Cartographie des prestataires et des prestations

#### Faciliter la continuité des soins

Transition adolescence-jeune adulte





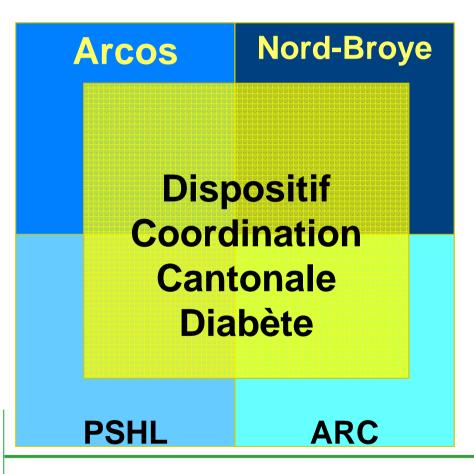
## 5. Projets « Réseau »







# Dispositif de coordination cantonale de lutte contre le diabète (2013)



**PARTENARIAT** 

Coordinatrices régionales

Forums régionaux / Cantonaux

Filières de soins





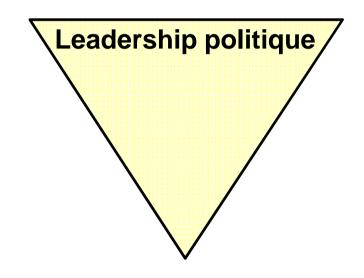
# Programme cantonal l'approche stratégique

#### 1 vision

 Diminuer l'impact du diabète sur la population vaudoise

#### 2 missions

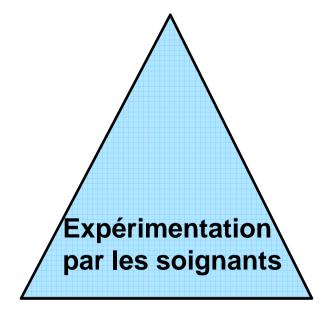
- Ralentir la progression de l'incidence
- Améliorer la prise en charge des patients







# Programme cantonal l'innovation émergente dans les réseaux



Prestataires et prestations

Objectifs communs (améliorer la prise en charge des diabétiques)

Projets fédérateurs

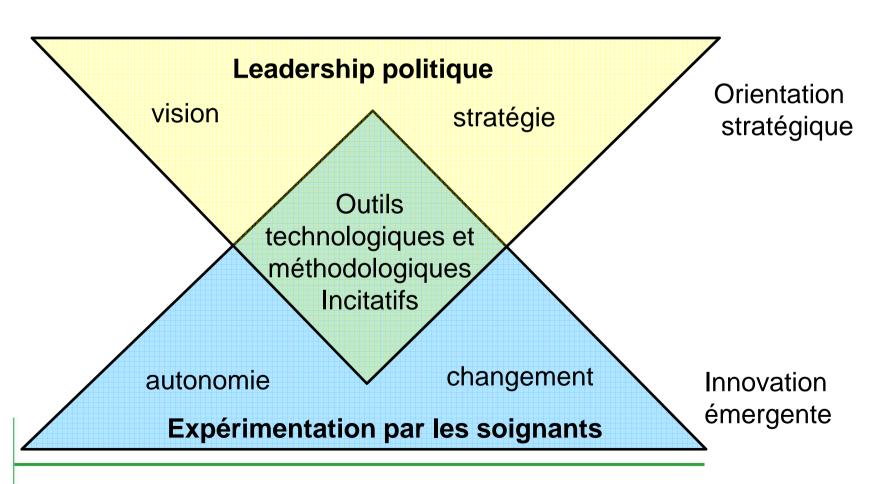
**Autonomie** 

Outils de pilotage et de soutien aux projets

Incitatifs

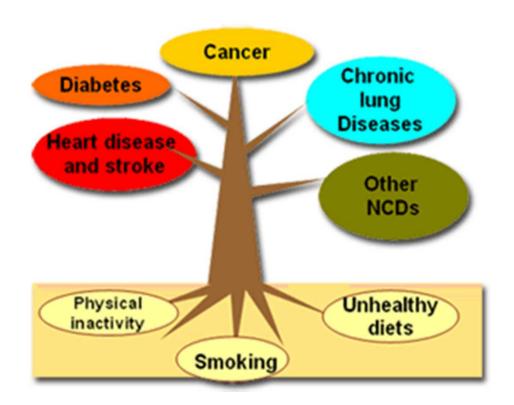


# Combiner approche stratégique et innovation émergente





### 6. Enjeux et opportunités







### Maladies chroniques en Suisse

# Prévalence des maladies chroniques\*

•Diabète > 300.000

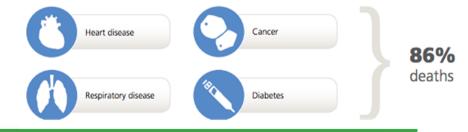
•BPCO > 400.000

•Ins. Cardiaque > 100.000

•Cancer > 100.000

- Cardiopathie ischémique
- Maladies rhumatismales
- Maladies neurologiques









### **Enjeux - Opportunités**

Transition épidémiologique

Programme transposable / mutualisable à d'autres maladies chroniques

Pénurie de soignants
 Travail en filière

Partenariats

Autorités sanitaires-soignants-patients





#### **Mutualisation**



- Prévention primaire
- Modes de vie
- Autonomisation patient
- Organisation système santé (filière)
- E-health / outils





# Quelques défis sous forme de questions...

#### COLLABORATION interprofessionnelle

- → besoin identifié pour les patients mais quels besoins pour les soignants ?
- → comment renforcer améliorer cette collaboration (dossier informatisé, rencontres/consultations multidisciplinaires) ?
- CONTINUITE DES SOINS
  - comment améliorer la communication, les transitions ?
- AUTONOMISATION DU PATIENT
  - → quels besoins, pour quel type de patient ?
  - → quelles modalités ?





# Quelques défis sous forme de questions...

#### COLLABORATION interprofessionnelle

- → besoin identifié pour les patients mais quels besoins pour les soignants ?
- comment renforcer améliorer cette collaboration (dossier informatisé, rencontres/consultations multidisciplinaires) ?

#### CONTINUITE DES SOINS

→ comment améliorer la communication, les transitions ?

#### AUTONOMISATION DU PATIENT

- → quels besoins, pour quel type de patient ?
- → quelles modalités ?

