Comment optimiser la transition hôpital-domicile des patients diabétiques ?

Mme Candide De Carvalho
infirmière clinicienne, HRC
Mme Valérie Rapsode
pharmacienne, Vevey
Dr Marc Uhlmann
médecin-chef, Médecine HRC

Buts de l'atelier

Identifier des f. de risques et des conséquences potentielles d'une transition suboptimale hôpital → domicile

Identifier des stratégies et ressources pour optimiser la transition

Rappel des liens utiles pour la gestion du diabète :

- http://**pcd**.diabete-vaud.ch/home/home/
- http://www.**recodiab**.ch/
- https://www.reseau-sante-haut-leman.ch/equipe-**diabest**

canton de vaud

diabète programme cantonal

Réseau Santé HAUT-LÉMAN

Diabète

Maladie chronique en augmentation à l'échelle mondiale

x4 depuis 1980 selon OMS (obésité, sédentarité)

> 10% pop US dont 1/3 non-diagnostiqué

Etude CoLaus : 1/6 parmi les > 65 ans (Pedro Marques-Vidal, IUMSP)

Prévalence encore amplifiée via vieillissement pop

Morbi-mortalité accrue

Diabète

Enjeux communautaires

Financiers (coûts directes et indirectes env 250 Mia/an USA)

Education/prévention (manger mieux, bouger plus, stop tabac)

Enjeux individuels

« Maladie chronique autogérée »

Médication, suivi, complications (impacte sur la qualité de vie)

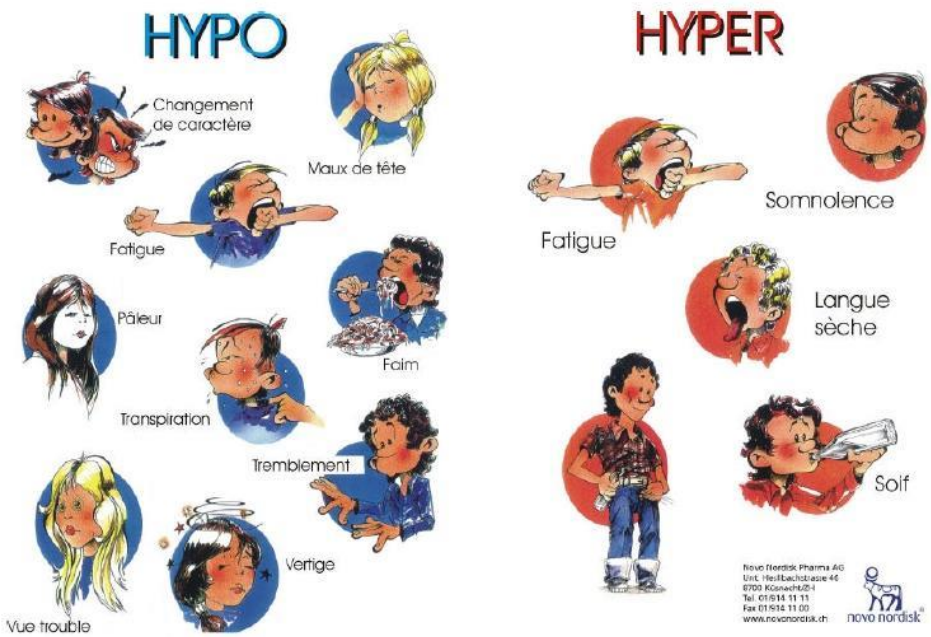
Diabète

Risques **à court terme …**

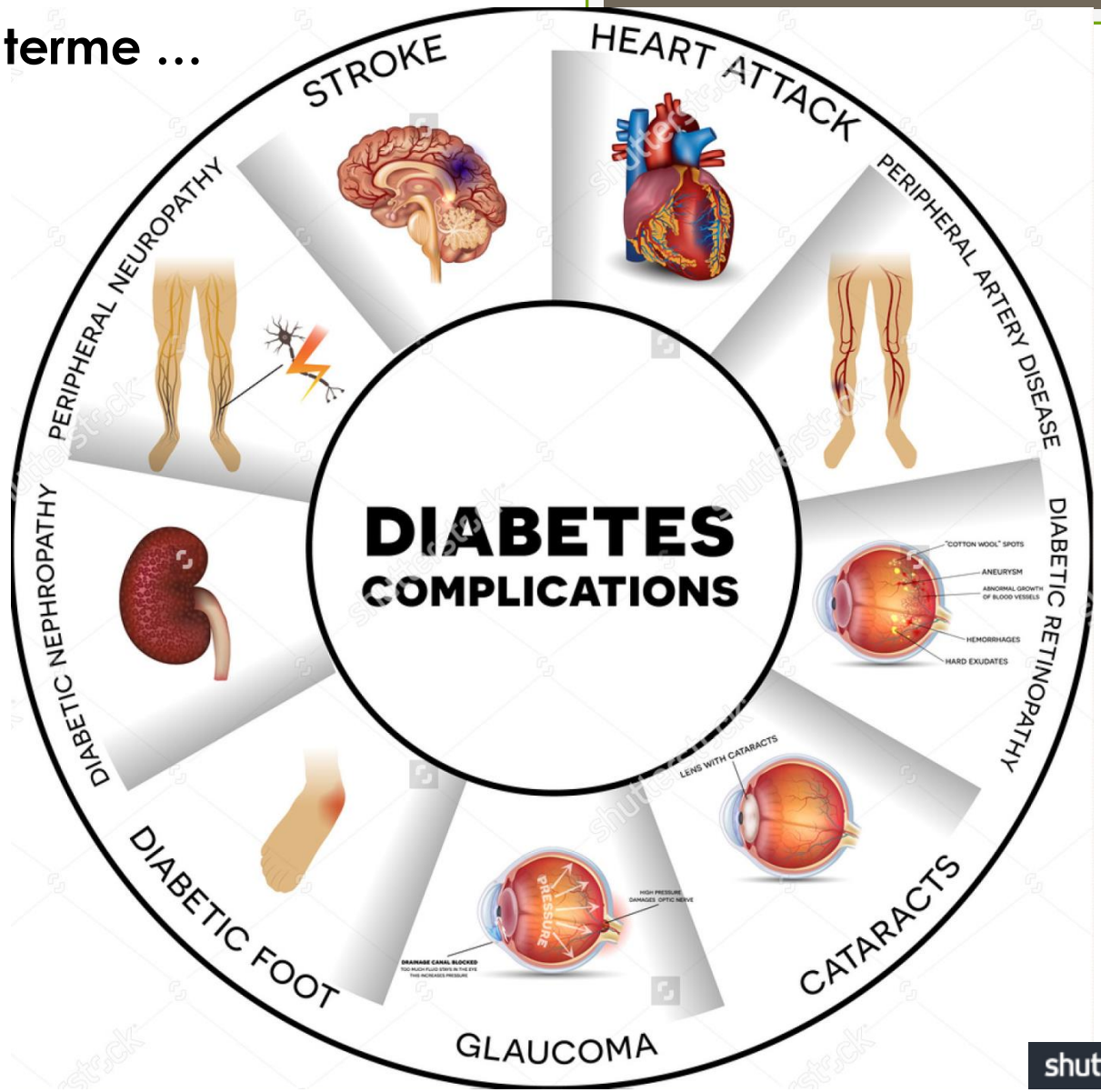
Hypoglycémie

Hyperglycémie

Infection



A long terme …



shutterstock

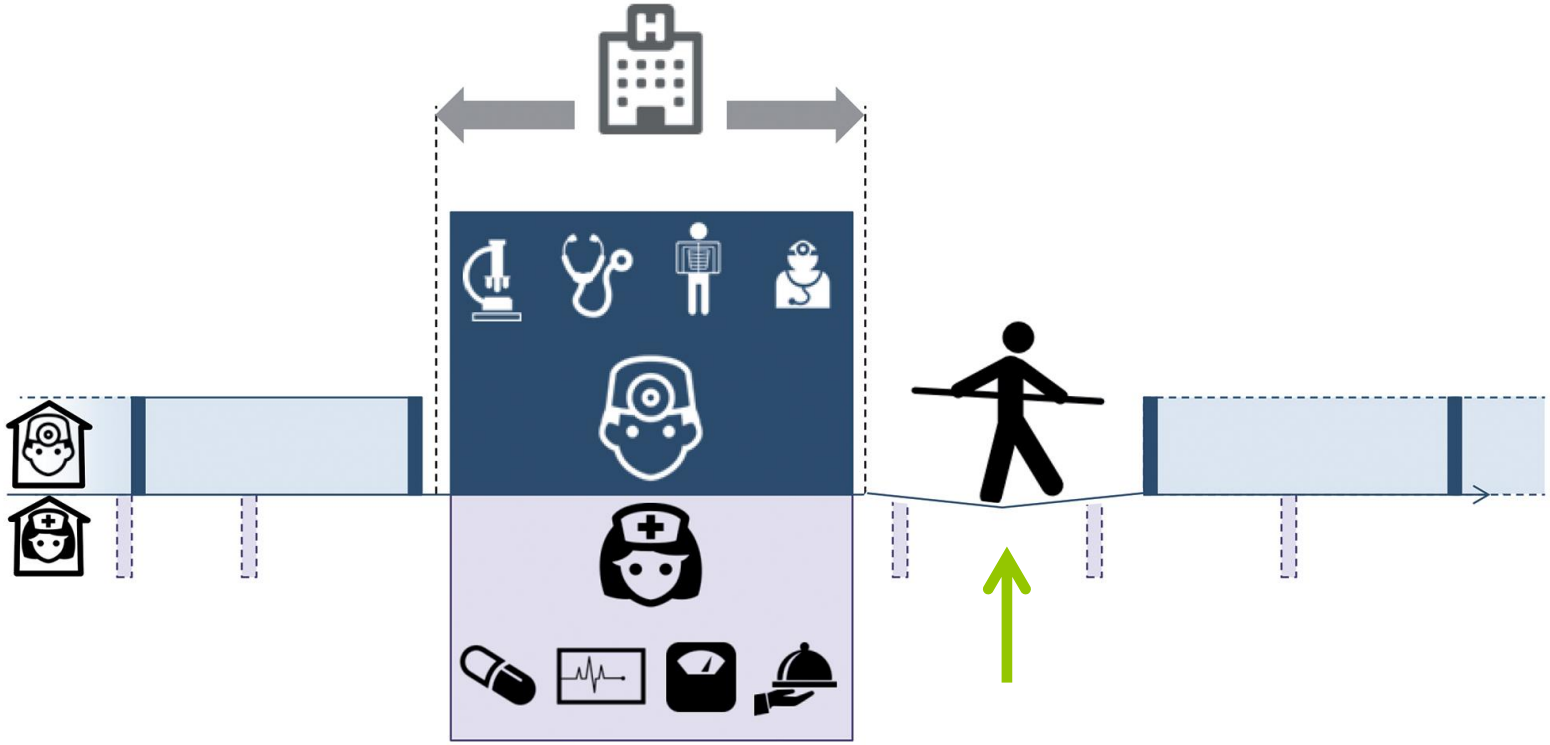
Population croissante, potentiellement vulnérable …

… tout particulièrement à la suite d'une hospitalisation

http://thatslacklinegirl.com

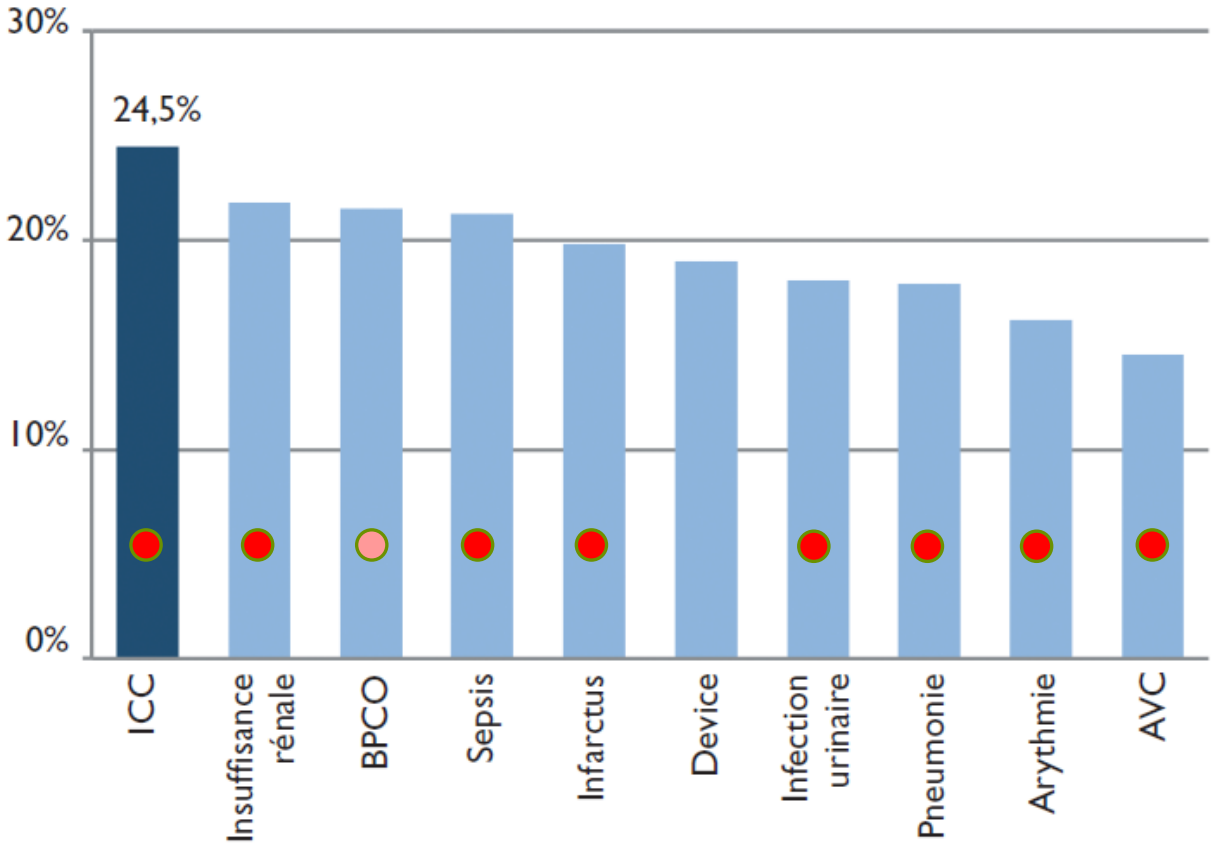
Période dite de « transition »

hôpital → domicile



Garnier et al. Rev Med Suisse 2015 ; 11 : 2064-9

Réadmissions précoces

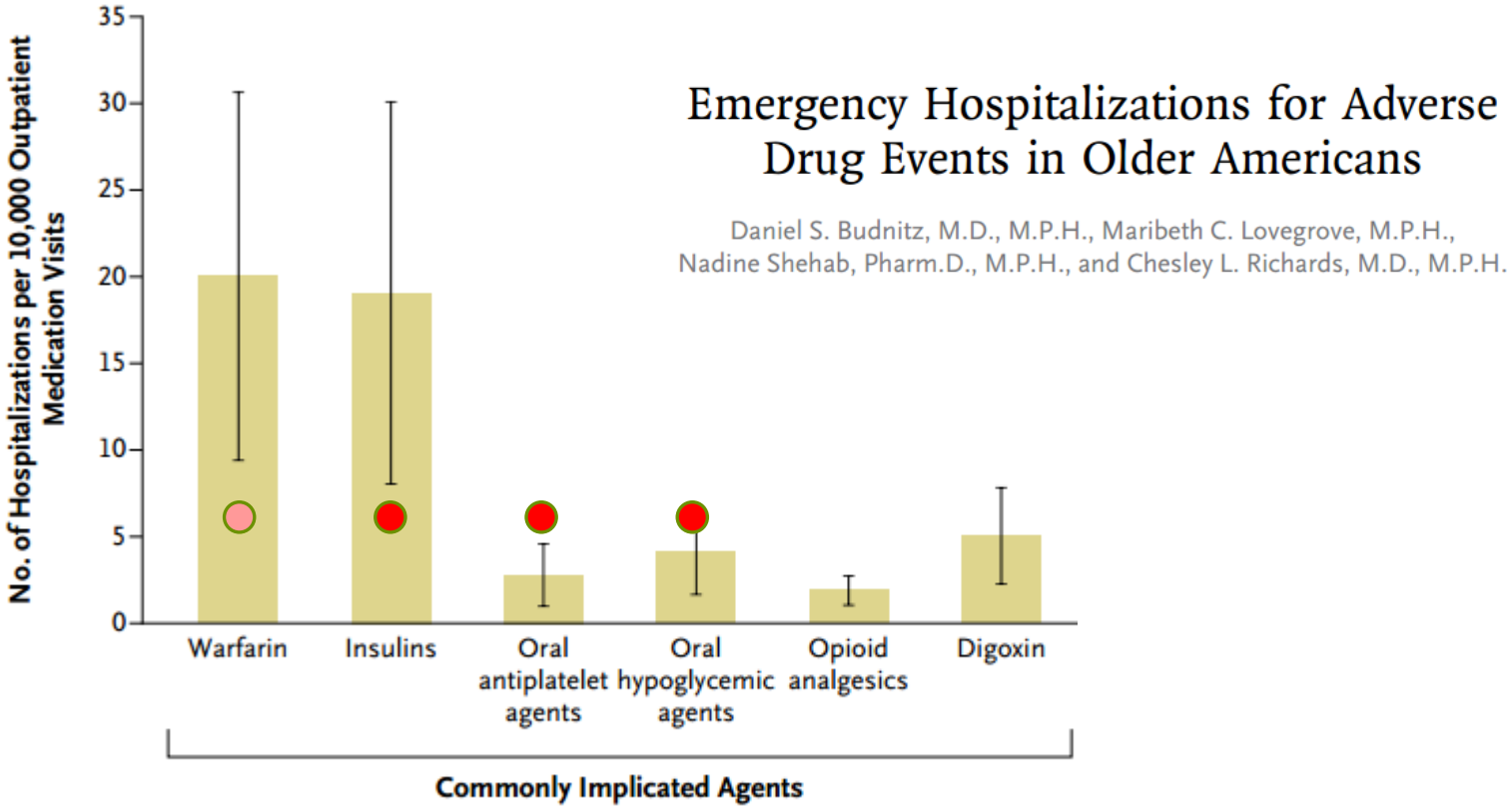


> 65 ans

Top 10 des affections responsables de réadmissions précoces aux Etats-Unis en 2011

Hines et al. Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs.

Hospitalisations pour EIM



Une transition « ratée » se traduit selon vous par … ?

Décès précoce

Réadmission précoce non planifiée (<30j)

Consultation précoce en urgence (EIM, chute, …)

Prescription de sortie « mutée » (adhérence, EIM)

Rapport de sortie tardif

Diabète « dérèglé » (TTT vs mode de vie)

Soutien à domicile insuffisant (surcharge de l'entourage)

Quelles pistes d'optimisation ?

Optimisation de la **communication**

Impliquer le patient et son entourage (information centrée sur le patient)
Privilégier contact directe entre intervenants (H, MT, CMS, inf, diét, pharm)
Optimiser les rapports de sortie (délais, utilité de l'information transmise).

Tous

Réconciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie

Tous

Identification des populations les plus vulnérables pour implémenter des **mesures ciblées en réseau**

Polymorbidité
Polymédication
Nombreuses hosp/réhosp, longue durée séjour
Âge avancé
Isolement, troubles cognitifs
Glycémies labiles (analogie avec AVK) en particulier hypo

→ *prise de RDV pdt l'hosp,* ***suivi rapproché pluridisciplinaire***
MT, CMS, diabéto, diét, pharm, …

Ciblé

Improving Diabetic Patient Transition to Home Healthcare: Leading Risk Factors for 30-Day Readmission

Am J Manag Care. 2015;21(6):440-450y

Hsueh-Fen Chen, PhD; Taiye Popoola, MBBS, MPH; Kavita Radhakrishnan, PhD, RN; Sumihiro Suzuki, PhD; and Sharon Homan, PhD

FR de réadmission précoce chez le diabétique : âge > 74 ans, besoin d'aide pour gestion médic, IRC, BPCO, IC, artériopathie périph, ulcères cutanés, …

Improving the Transition of Care for People with Diabetes

Austin Health rdns Institute

Etude en cours : Duo infirmier en diabétologie et diabétologue (USA) pour prise en charge de DMII hospitalisé pour initiation insuline

Optimisation de la transition : le challenge de la réconciliation médicamenteuse

Etude de la Phel avec les pharmaciens d'officine de la RIVIERA 2015-2016

Objectifs:

1. Evaluation des interventions réalisées par les pharmaciens d'officine sur les ordonnances de sorties d'hôpital.

2. Evaluation de l'impact d'une préparation de la sortie d'hôpital par différentes interventions pharmaceutiques sur la prise en charge des ordonnances par les pharmaciens d'officine.

Optimisation de la transition : le challenge de la réconciliation médicamenteuse (suite)

- Le nb de divergences moyen par patient est de 2 entre l'entrée et la sortie et le nombre d'interventions pharmaceutiques moyen est de 7 sans intervention d'une pharmacienne clinicienne versus de 1.5 avec la collaboration de cette dernière.
- 89% des divergences sont des oublis de prescriptions.
- 303 Interventions pharmaceutiques ont nécessité un appel du pharmacien d'officine au médecin prescripteur durant la phase contrôle contre 62 dans la phase intervention.
- 20% des divergences ont un potentiel d'inconfort ou de détérioration clinique sévère.
- 32% des patients ne retournent pas chez leur médecin traitant après 30 jours dans la phase contrôle et 24% dans la phase intervention.

Optimisation de la transition : le challenge de la réconciliation médicamenteuse (suite)

Conclusion des auteurs de l'étude:

- Mise en avant du travail du pharmacien d'officine et des difficultés liées à la sortie d'hôpital
- Bénéfice de l'intervention du pharmacien clinicien par la diminution du nombre d'intervention des pharmaciens d'officine, du temps consacré à la validation de l'ordonnance de sortie d'hôpital, du nombre de changements entre les différentes étapes de la continuité des soins

→ Amélioration de la continuité des soins et de la sécurité médicamenteuse

Pharmacie clinique : interventions possibles - à l'hôpital -

- Anamnèse d'entrée par une assistante en pharmacie
- Revue des traitements par une pharmacienne clinicienne
- Commentaires d'ordonnance de sortie écrits par une pharmacienne clinicienne (remis au patient avec l'ordonnance)

Pharmacie d'officine : interventions possibles - après le retour à domicile -

- Collaboration active avec les prescripteurs pour le suivi pharmaceutique
- Proposition d'un semainier
- Proposition d'élaboration d'un plan de traitement
- Suivi de l'adhésion médicamenteuse
- Entretien de polymédication…

Vignette clinique

- Mme XX : 75 ans, originaire de Serbie, veuve depuis 10 ans, vit seule, a deux fils très présents.
- Hospitalisée durant 15 jours pour pneumonie sévère.
- ATCD et comorbidités :
  - Diabète de type 2 depuis 7 ans,
  - Hypertension
  - Surpoids
  - Hypercholestérolémie
  - AIT en 2014

Faits marquants durant l'hospitalisation

Hyperglycémies > 20 mmol/l

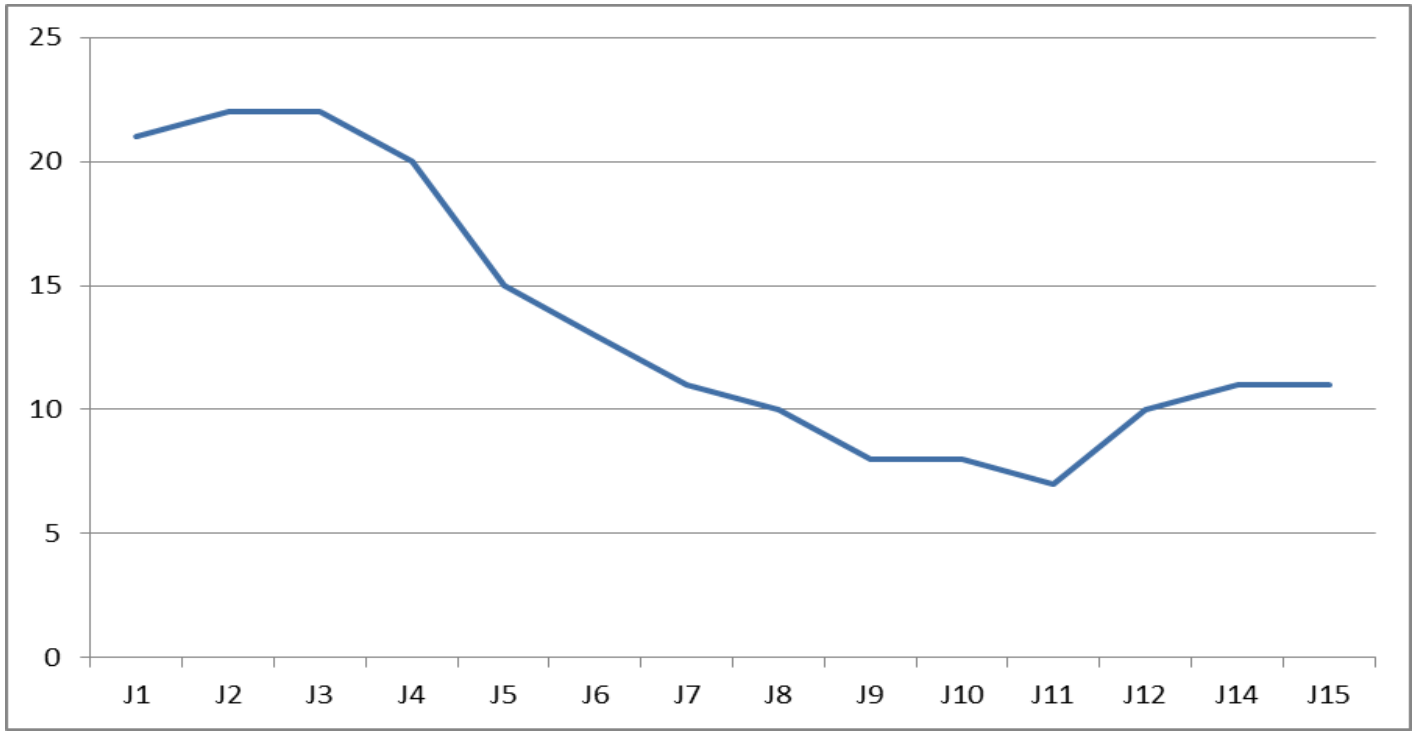
IRA → relais du sulfonylurée par insuline

Metformine faible dose maintenue

Infirmière constate hyperkératose, onychogryphose et onychomycose des pieds.

Une consultation hospitalière de l'infirmière en diabétologie est demandée pour enseignement général sur le diabète et soins de pieds .

- Courbe des moyennes journalières des glycémies durant hospitalisation (mmol/l)



↑

Introduction de la Tresiba et stop Diamicron

Labo

Potassium	4.5	4.7	4.1	4.1	3.7	3.8	
Sodium	138	135	136	135	136	136	
Glucides							
Glucose							12.27 HH
Hémoglobine glyquée, Hb A1c							10.3 HH
Bilan biochimique de l'anémie							
Vitamine B12 (cobalamine)	202						
Folates	4.6 LL						
Fonction hépatique							
ALAT (GPT)							40
ASAT (GOT)							34

Créatinine	100			116			140

CRP sensible, protéine C-réactiv …	32.7 H	35.4 H	55.3 H	53.5 H	67.6 H	105.1

Sortie d'hôpital ← Entrée d'hôpital

- **Traitement d'entrée**

  - **Gliclazide** 120 mg le matin
  - **Glucophage** 500 mg deux fois par jour
  - **Atorvastatine** 40 mg le soir
  - **Felodipine** 10 mg le matin
  - **Aspirine** cardio 100 mg le matin
  - **Spasmo canulase** aux repas

- **Traitement de sortie**

  - **Tresiba** 25 ui par jour (matin)
  - **Metformine** 500mg deux fois par jour
  - **Atorvastatine** 40 mg le soir
  - **Lisinopril** 10 mg le matin
  - **Aspirine** cardio 100 mg le matin
  - **Spasmo canulase** aux repas

Evolution après la sortie

Une semaine après sa sortie, Mme XX, se présente au cabinet de son médecin traitant en raison des symptômes suivants :

- Dit avoir souvent des vertiges et sudations profuses en fin de matinée
- A des douleurs abdominales et des diarrhées
- Mange peu (1 repas/j)

Sur le carnet de glycémies présence d'hypoglycémies

Carnet de glycémies

Date	Matin			Midi			Soir			Tard		Observations
	glycémie à jeun [mmol/l]	insuline / comprimés	glycémie après le repas [mmol/l]	glycémie avant le repas [mmol/l]	insuline / comprimés	glycémie après le repas [mmol/l]	glycémie avant le repas [mmol/l]	insuline / comprimés	glycémie après le repas [mmol/l]	glycémie avant le coucher [mmol/l]	insuline / comprimés	(p.ex. hypoglycémies, activité physique, tension artérielle, changements de traitement, alimentation)
27/2	4,7						8,3					
28/2	5						9,1					
29/2	6,1						*10,4					*glace
1/3	4			*3,2								*pas bien => contrôle
2/3	3,9									5,4		
3/3	3,4						4,1					
4/3	3,9						5,6					

Rappel

- **Traitement d'entrée**

- **Gliclazide** 120 mg le matin
- **Glucophage** 500 mg deux fois par jour
- **Atorvastatine** 40 mg le soir
- **Felodipine** 10 mg le matin
- **Aspirine** cardio 100 mg le matin
- **Spasmo canulase** aux repas

- **Traitement de sortie**

- **Tresiba** 25 ui par jour (matin)
- **Metformine** 500mg deux fois par jour
- **Atorvastatine** 40 mg le soir
- **Lisinopril** 10 mg le matin
- **Aspirine** cardio 100 mg le matin
- **Spasmo canulase** aux repas

HÔPITAL RIVIERA-CHABLAIS
VAUD-VALAIS

Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique

Commentaire de l'ordonnance de sortie d'hôpital

Mme XX

Vos médicaments avant l'hospitalisation		Vos médicaments après l'hospitalisation	A quoi sert ce médicament ?	Mode de prise	Remarques
Gliclazide 120mg	Hospitalisation	Tresiba 100UI/ml	Diminue le taux de sucre dans le sang et donc le diabète	Injecter 25 UI le matin	
Glucophage 500mg		Metformine 500mg	Diminue le taux de sucre dans le sang et donc le diabète	Avaler 1 comprimé deux fois par jour	Le Glucophage et la Metformine contiennent le même médicament, il ne faut donc plus prendre le Glucophage.
Atorvastatine 40mg		Atorvastatine 40mg	Diminue la quantité de graisse (cholestérol) dans le sang	Avaler 1 comprimé le soir	
Felodipine 10mg		Lisinopril 10mg	Régule la pression artérielle	Avaler 1 comprimé le matin	
Aspirine cardio 100mg		Aspirine cardio 100mg	Fluidifie le sang et évite la formation des caillots	Avaler 1 comprimé le matin	
Spasmo-canulase		Spasmo-canulase	Diminue les troubles digestifs	Avaler 1 comprimé au début des repas	

Médicaments stoppés :

Gliclazide
Gluocophage
Felodipine

Ce tableau est valable dès le xx.xx.xxxx sur la base des informations disponibles à cette date, sous réserve de toutes modifications des traitements par votre médecin traitant.

Marine Neeman
pharmacienne

Quelles actions urgentes ?

- **Cô glyc et fct rénale** (stop Metformine, év IEC)
- Exclure **une colite à Clostridium.**
- **Rencontrer les proches** (fils) (s')**informer**
  http://pcd.diabete-vaud.ch/home/home/

diabète programme cantonal

- Prescription de **glucagon** pour TTT hypoglycémie avec trouble EC.

Autres mesures ?

- Év. mandater l'infirmière diabéto (impliquée depuis l'hosp) pour **préciser comment cela se passe à domicile**

  Gestion TTT, en particulier insuline ?

  Gestion mesure glyc ?

  Gestion hypo/hyper ?

  Alimentation ?

  Besoin d'aide ?

- Selon son retour, **élargissement du réseau multidisciplinaire** (CMS, diét, pharm, …)

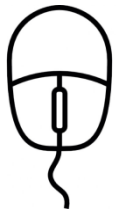
Objectifs thérapeutiques à court terme

- **Principalement : éviter les hypo**
- Limiter les hyper
- Limiter les EI médicamenteux
- Prévenir une consultation en urgence/réhospitalisation.

Objectifs thérapeutiques à long terme

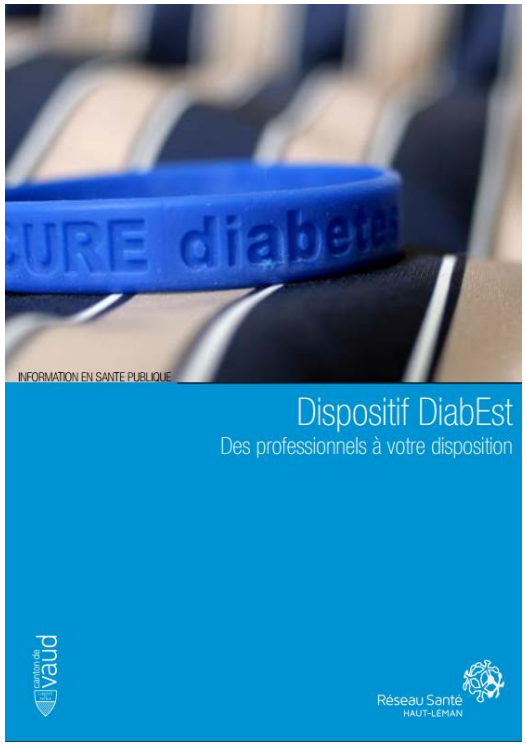
Prévenir les complications à long terme

- Cible de TA (< 140/90)
- Cible d'HbA1c (7-8%)
- Surveillance rein, yeux, pieds, …
- **… « coller au plus près des RPC »**



http://www.recodiab.ch

Dispositif DiabEst : Une aide pour y parvenir !

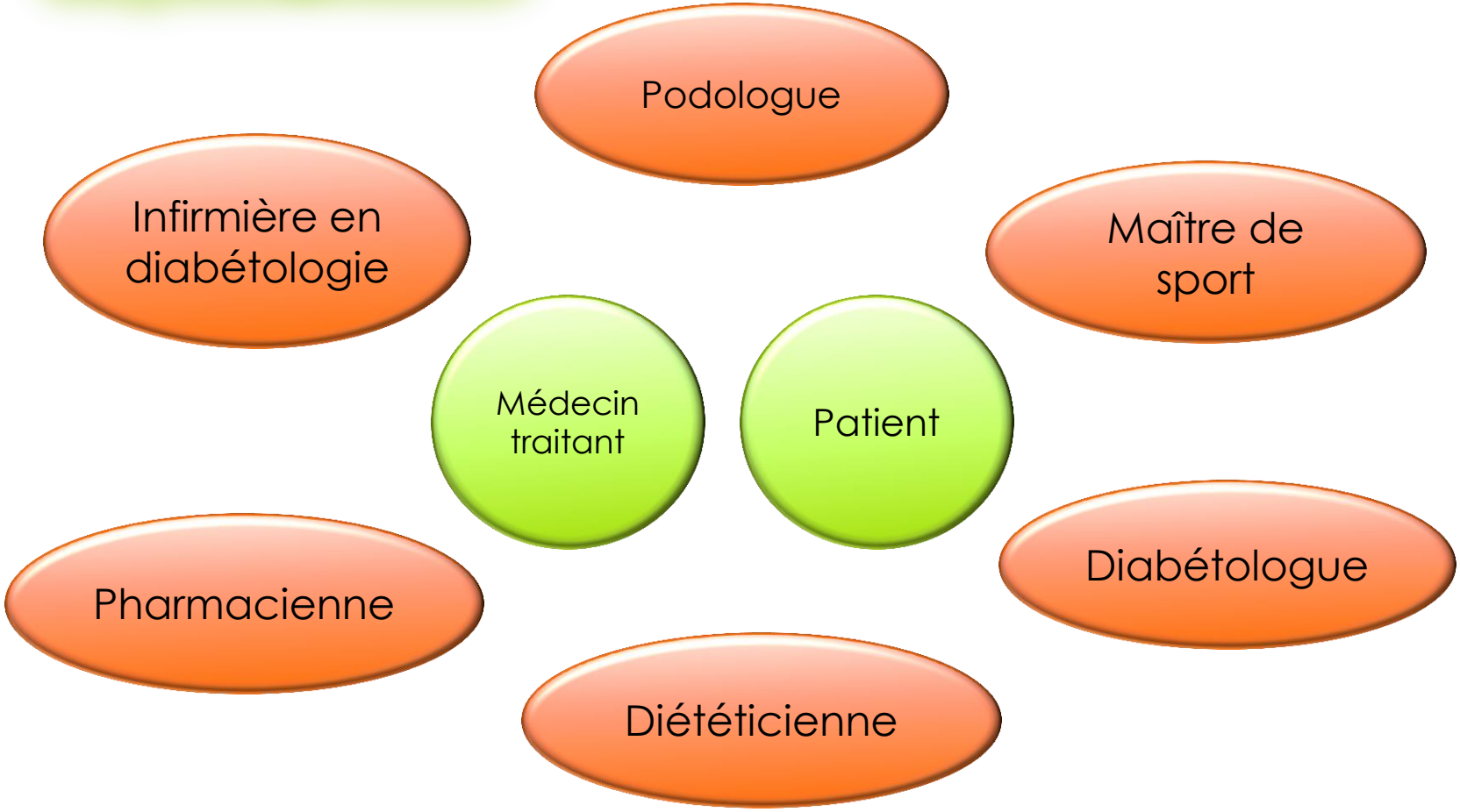


- médecins endocrinologues et diabétologues
- médecin nutritionniste
- infirmières spécialisées en diabétologie
- diététiciennes
- podologues
- maître de sport adapté
- pharmacies

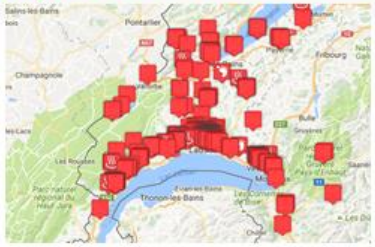
Dispositif DiabEst
079 865 59 34
www.reseau-sante-haut-leman.ch/diabete

Dispositif en réseau : adapté à des besoins individuels

Dispositif DiabEst



Répertoire Diabète Vaud



pcd.diabete-vaud.ch/repertoire/

AVD

Tél : 021 657 19 20
E-mail : info@diabete-vaud.ch

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

www.reseau-sante-region-lausanne.ch

diabète
programme cantonal

pcd.diabete-vaud.ch

Les ressources disponibles pour les patients

evivo réseau

www.evivo.ch/

Diabète & Nutrition
www.diabetnutrition.ch

www.diabetnutrition.ch

PAS À PAS
CONSEIL ET SUIVI EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

www.ca-marche.ch/projet/pas-a-pas/

DIAfit

www.diafit.ch

En conclusion …

- En raison de **l'atteinte multi-organique** liée au diabète et à la **médication**, le patient diabétique est particulièrement exposé à de multiples complications potentielles, à court et à long terme.

- Sa **vulnérabilité est accentuée** après une hospitalisation, **durant la période dite « de transition »** entre la sortie et la première visite chez le MT.

En conclusion …

- Les principales **menaces à court terme** sont:
  - L'hypoglycémie, l'hyperglycémie
  - Les EIM
  - Une réadmission précoce non planifiée

- Les principales **menaces à long terme** sont :
  - Une dégradation accélérée des organes cibles
  - Une altération de la qualité de vie
  - Une réduction de l'espérance de vie

En conclusion …

- Si **certaines mesures thérapeutiques et préventives sont générales** (RPC, prévention des EIM) …
- … d'autres **mesures plus ciblées sont allouées de manière individualisée**, en fonction des risques (gestion des ressources).
- Face à l'ampleur des défis, la collaboration en **réseau** et les **outils informatiques** sont de précieux atouts.
- L'impact sur les **coûts** est probablement favorable mais devrait encore être démontré.

Merci de votre attention