

## Stades de risque et niveaux de soins

Présentation des situations qui peuvent typiquement être référées à un centre régional (stades 1 à 3, encadré en gras)

	Prévention primaire Suivi santé	Prévention secondaire Suivi santé	Prévention secondaire Consultation ponctuelle	Prévention tertiaire suivi multidisciplinaire	Situations complexes du diabète Suivi interdisciplinaire	Situations médicales complexes Suivi interdisciplinaire
STRATIFICATION (SCORES)	Patient <b>en bonne santé</b> Glycémie dans la norme mais facteurs de risque +++	<b>Stade 1 (0)</b> Patient diabétique à faible risque de complications et glycémie équilibrée	<b>Stade 1 (1)</b> Patient diabétique à <b>risque de complications augmenté ou élevé</b> et/ou une ou plusieurs MC instables Hyperglycémie + élévation lipides	<b>Stade 2 (2-5)</b> Patient à <b>haut risque</b> avec plusieurs maladies chroniques (MC), <b>avec complications</b> ou ttt complexes	<b>Stade 3 (≥6)</b> Situations diabétologiques <b>complexes</b> (post-décompensation aigue, complications sévères du diabète)	<b>Stade 3 (≥6)</b> Situations médicales <b>complexes</b> et/ou patients avec atteinte sévère de l'état de santé
<b>BUTS</b>	prévenir l'apparition du diabète	Traiter le diabète et prévenir les complications	Traiter le diabète et prévenir les complications	Traiter le diabète et freiner l'évolution des complications	Ré-équilibrer l'état de santé, prévenir et freiner l'évolution des complications, préserver la qualité de vie	Ré-équilibrer l'état de santé, préserver la qualité de vie / recourir aux soins palliatifs
<b>PLAN DE SOIN</b>						
Dépistage du diabète	X	0	0	0	0	0
Autocontrôles	0	X	X	X	X	X
Dépistage des complications	0	X	X	X	X	(X)
Autonomisation du patient	0	X	X	X	X	(X)
Bilan de santé / vaccin(s)	1x/an	1x/an	X	X	X	(X)
Consultation spécialisée	0	(1x/an)	1-2x/an	1-4x/an	4x/an	Selon besoins
Promotion des modes de vie sains	X	X	X	X	X	(X)
Ressources pour améliorer l'autonomie	0	X	X	X	X	(X)
<b>EQUIPE/PLANIFICATION DES SOINS</b>						
Médecins de famille	X	X	X	X	X	X
Médecins diabétologues	0	(X)	(X)	X	X	X
Centre régional (multidisciplinaire)	0	(X)	(X)	X	(X)	(X)
Centre régional (interdisciplinaire)	0	0	0	X	X	X
Soins à domicile	0	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
Délégation de soins (Inf. diabéto; diét)	(X)	(X)	X	X	X	(X)
Groupe de soutien et/ou cours ET	0	X	X	X	X	(X)

<sup>1</sup> Le suivi multidisciplinaire peut nécessiter non seulement l'intervention des prestataires de soin (de première ligne et spécialisés) mais aussi ceux du secteur social.

<sup>2</sup> On entend ici par suivi interdisciplinaire une prise en charge impliquant la collaboration et la coordination entre plusieurs prestataires spécialisées en lien avec le médecin traitant, permettant de proposer, dans un même temps et un même lieu, une réponse concertée à une situation complexe.

## FACTEURS DE RISQUE

Stratification	1	2	3
	Niveau « consultation spécialisée »	Niveau « suivi multidisciplinaire »	Niveau « suivi interdisciplinaire »
Diabète	Diabète déséquilibré, Femme diabétique en âge de procréer Diabète de type 1 Diabète LADA	Diabète instable, diabète gestationnel, grossesse chez diabète de type 1 ou 2, grossesse chez diabète de type 2 à risque ou diabète gestationnel à risque	Urgences diabétologiques * (acidocétose, coma hyperosmolaire, coma hypoglycémique), Grossesse (diabète gestationnel ou DM préexistant) avec complications multiples, comorbidités ou problèmes psychosociaux / psychiatriques
Complications du diabète		Pied à haut risque, neuropathie, Insuffisance rénale (eGFR 15-60 ml/min), insuffisance artérielle, maladie coronarienne, récent infarctus du myocarde, rétinopathie,	Nécrose ischémique membres inférieurs, gangrène, amputation proximale, Charcot, insuffisance rénale avec eGFR <15 ml/min, dialyse
Autres diagnostics cliniques	Maladie(s) chronique(s) associée(s)	Maladie chronique non contrôlée, néoplasie active, douleurs chroniques, multiples comorbidités	Trauma cérébral
Limitations physiques, psychiques ou cognitives**		Déclin fonctionnel, malvoyant, mal entendant, risque de chute âge avancé avec fragilité, troubles psychiatriques, démence	Cécité
Facteurs sociaux-économiques**		Isolement social, situation familiale complexe, chômage en fin de droit, problèmes financiers, sans domicile fixe, réfugié, problèmes d'intégration, problème de langue, illettrisme	Abus de substance
Utilisation des ressources	Intervention ou hospitalisation prévue et/ou sortie d'hôpital	2 hospitalisations ou 3 consultations aux urgences l'année précédente Intervention majeure la dernière année	
		Non compliance, non-observance du plan thérapeutique, dépendant	

\* Toute situation aigüe (acidocétose, coma hyper ou hypoglycémique) traitée par les urgences hospitalières/soins intensifs requièrent des soins interdisciplinaires (niveau 4) pour la transition entre l'hôpital et l'ambulatorio.

\*\* La présence d'un ou plusieurs facteurs socio-économiques ou celles de limitations physique, psychiques ou cognitives engendre le passage à un niveau de prise en charge supérieur

## Stratification

Le diabète requiert un diagnostic précoce de la maladie, une amélioration de la coordination des soins et une stratégie facilitant l'autonomisation du patient.

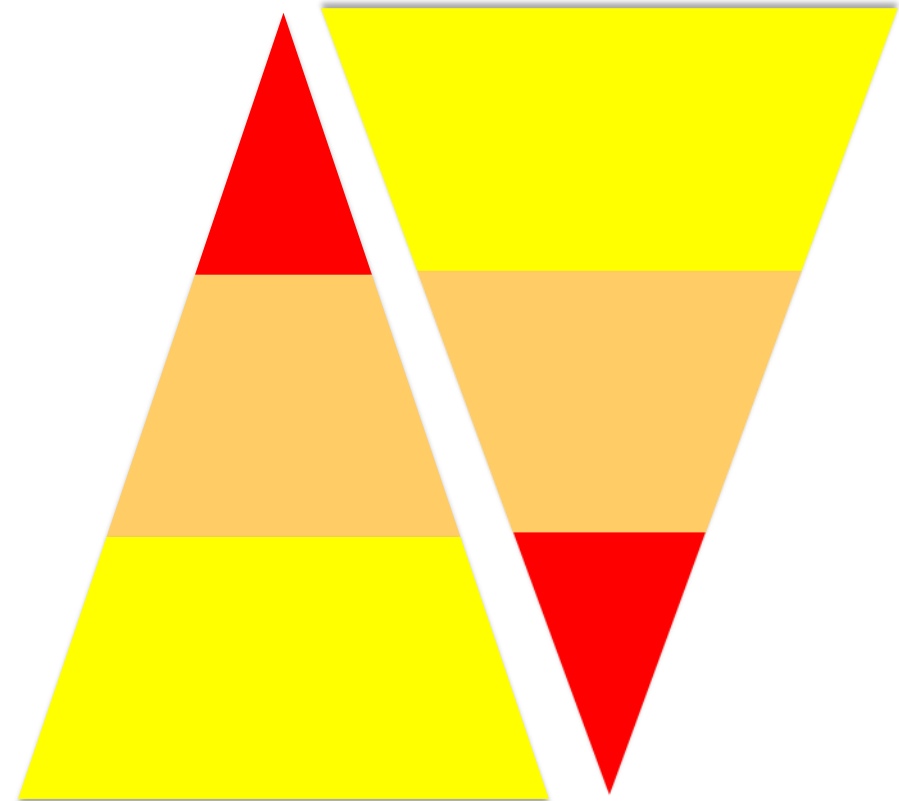
Afin d'optimiser le recours aux ressources, il faut :

- identifier les patients et les stratifier selon leur risque clinique
- coordonner les soins tout au long du continuum
- impliquer le patient dans sa prise en charge

L'identification de la catégorie de risque pour un patient permet d'anticiper les besoins en ressources et planifier les soins pour celui-ci. L'objectif est de prévenir le diabète ou ses complications selon le stade considéré. Cette stratégie de prévention de la maladie ou de ralentissement de son évolution devrait également minimiser les coûts. En effet, à chaque nouveau palier, on note une intensification des prestations ainsi qu'une augmentation des prestataires encadrant le patient et consécutivement des coûts plus élevés.

L'augmentation de la complexité et celles du nombre de prestataires impliquent des coûts supplémentaires liés à l'implication de soignants dont la rémunération n'est pas prise en charge (podologues p.ex) ni auto-financée par Tarmed (infirmière en diabète p.ex). De surcroit, la communication et la coordination entre les différents acteurs ne sont pas rétribuées. C'est la raison pour laquelle, le cadre cantonal VDiab envisage de rétribuer les équipes / pôle en diabétologie selon le nombre mais également selon le profil des patients suivis.

## Stades de la maladie      Niveaux soins / coûts



## Score de stratification

Le score de stratification permet d'évaluer le niveau de suivi recommandé en fonction du profil du patient. Le document « stratification des patients diabétiques » vous fournira des explications sur la démarche ainsi que des détails sur les items pris en considération.

### Diabète

<b>1 pt</b>	diabète instable
<b>2 pts</b>	diabète gestationnel, grossesse et diabète
<b>6 pts</b>	urgences diabétologiques (hospitalisation pour acidocétose, coma hyperosmolaire, coma hypoglycémique)

### Complications

<b>1 pt</b>	insuffisance rénale (eGFR 30-60) ET/OU macro-angiopathie (maladie coronarienne, insuffisance artérielle distale) ET/OU rétinopathie ET/OU pied à haut risque ET/OU neuropathie
<b>6 pts</b>	insuffisance rénale (eGFR < 30) ET/OU nécrose ischémique distale ET/OU antécédent d'ulcération ET/OU gangrène ET/OU pied de Charcot ET/OU status après amputation

### Co-morbidités

<b>1 pt</b>	maladie(s) chronique(s) non contrôlée(s) ET/OU néoplasie active ET/OU douleurs chroniques ET/OU multiples co-morbidités
<b>6 pts</b>	trauma cérébral

### Utilisation des ressources sanitaires (année précédente)

<b>1 pt</b>	2 hospitalisations ET/OU 3 consultations aux urgences ET/OU intervention majeure
-------------	--

### Suivi du traitement

<b>1 pt</b>	non-observance du plan thérapeutique ET/OU dépendance
-------------	---

### Facteurs socio-économiques

<b>3 pts</b>	isolement social ET/OU situation familiale complexe
<b>3 pts</b>	chômage en fin de droit ET/OU problèmes financiers
<b>3 pts</b>	réfugié ET/OU problème d'intégration ET/OU sans domicile fixe
<b>3 pts</b>	problème de langue ET/OU difficulté de littéracie en santé

### Limitations physiques, psychiques ou cognitives

<b>3 pts</b>	déclin fonctionnel et/ou risque de chute et/ou malvoyant et/ou mal-entendant
<b>3 pts</b>	âge avancé avec fragilité
<b>3 pts</b>	démence
<b>3 pts</b>	troubles psychiatriques
<b>6 pts</b>	cécité

<b>STADE</b>	<b>Suivi recommandé selon score de stratification (total des points obtenus)</b>	
1	Consultation « spécialisée » ponctuelle	0-1 point
2	Suivi multidisciplinaire	2-5 pts
3	Suivi interdisciplinaire	6 pts ou +