

## Programme cantonal Diabète

### ***Présentation du programme***

### ***Rapport technique***

---

### **Service de la santé publique**

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

*Présidents des groupes de travail* :

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

*Service de la santé publique* :

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

# Sommaire

---

<b>1</b>	<b>Contexte .....</b>	<b>3</b>
1.1	Fondements : pourquoi un Programme cantonal Diabète ? .....	3
1.2	Point de situation .....	4
1.3	Méthodologie de travail .....	8
<b>2</b>	<b>Stratégie du Programme cantonal .....</b>	<b>9</b>
2.1	Raison d'être .....	9
2.2	Résultats attendus.....	9
2.3	Principales étapes.....	9
2.4	Valeurs retenues .....	10
2.5	Stratégies de développement.....	10
<b>3</b>	<b>Objectifs et projets par stratégie .....</b>	<b>11</b>
	Stratégie A : Collaborer à la promotion d'un style de vie sain dans la population générale (Prévention primaire) .....	11
	Stratégie B : Réaliser un diagnostic précoce et un dépistage ciblé du diabète et des facteurs de risque associés. Public : Population en général. ....	13
	Stratégie C : Améliorer le traitement et le suivi des patients. Public : Patients diabétiques et soignants.....	16
	Stratégie D : Développer un relevé épidémiologique de la population diabétique du Canton. Public : Autorités sanitaires .....	21
	Stratégie E : Promouvoir la recherche, l'innovation et l'évaluation du programme .....	22
<b>4</b>	<b>Plan d'action global 2010-2012 .....</b>	<b>24</b>
	Programme cantonal - Plan d'action global 2010-2012.....	25
	Programme cantonal - Plan d'action détaillé 2010-2012 - A/B.....	26
	Programme cantonal - Plan d'action détaillé 2010-2012 - C.....	27
	Programme cantonal - Plan d'action détaillé 2010-2012 - D - E.....	28

# 1 Contexte

## 1.1 Fondements : pourquoi un Programme cantonal Diabète ?

Le « Rapport du Conseil d'État sur la politique sanitaire 2008-2012 » comporte deux lignes directrices importantes : d'une part « Adapter les services de soins aux pathologies chroniques » avec en particulier la volonté de consolider les dispositifs de coopération et de coordination ; et d'autre part « Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires », avec en particulier la volonté de favoriser l'alimentation équilibrée et l'activité physique. Ce rapport introduit par ailleurs la nécessité de former les médecins de premier recours dans la perspective du développement du *managed care*.

Une solution possible pour mettre en œuvre ces intentions réside dans le développement de stratégies centrées sur les maladies chroniques les plus fréquentes parmi lesquelles le diabète occupe une place importante, tant par le nombre de patients qu'il touche que par la charge qu'il représente pour le système de santé. En effet, le diabète, s'il représente un nombre relativement faible d'hospitalisations comme diagnostic principal (2.908 cas en Suisse en 2004, soit 0,2%), est en revanche à l'origine d'un grand nombre de complications, avec 49.269 hospitalisations recensées en 2004 en Suisse pour lesquelles le diabète est un diagnostic principal ou associé<sup>1</sup>.

Au-delà de l'impact sur le système de santé, le diabète a également un impact important sur les patients en terme de morbi-mortalité et de répercussions socio-économiques. L'espérance de vie des diabétiques adultes est réduite ; à tous les âges, leur mortalité est le double de celle des non diabétiques. Les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'artériopathie périphérique et les néphropathies nécessitant une mise sous dialyse sont les causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité associées au diabète de type 1 ou 2. Le risque d'amputation d'un membre inférieur est quinze fois plus élevé chez les diabétiques. Le diabète est la cause la plus fréquente de cécité dans les pays développés (rétinopathie, cataracte ou glaucome).

Le diabète a également des répercussions importantes en termes de diminution de la qualité de vie, de conséquences socioprofessionnelles et de coûts de la santé. Le coût moyen annuel d'un patient diabétique aux USA est 1,6 fois plus élevé que le coût d'un patient sans diabète. Dans le cas d'un patient diabétique avec une néphropathie au stade terminal<sup>2</sup>, le coût est majoré d'un facteur 4,3.

La prévalence du diabète est en augmentation rapide à l'échelon planétaire. C'est la maladie métabolique la plus fréquente. En 1985, on comptait 30 millions de diabétiques dans le monde, dont l'immense majorité était de type 2. Ce chiffre est passé en 2010 à 285 millions<sup>3</sup> et devrait atteindre les 360 millions selon l'OMS en 2030<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Source : OFS, Statistique médicale des hôpitaux, 2004.

<sup>2</sup> Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N, Wagner EH. Patient-level estimates of the cost of complications in diabetes in a managed-care population. *Pharmacoeconomics* 1999 Sep ; 16(3) : 285-295.

<sup>3</sup> Diabetes Atlas, IDF, 2009.

<sup>4</sup> A Tuchmann. The art of medicine – Diabetes and the public's health. *Lancet* 2009 oct. ; 374 : p.1140-1141.

L'accroissement des personnes en surpoids et le vieillissement de la population sont à l'origine de l'augmentation de la prévalence du diabète dans les pays « industrialisés ».

En ce qui concerne la prévention primaire, les études scientifiques montrent que l'épidémie de diabète pourrait être réduite par des actions de promotion de la santé ciblant la population générale en incitant les individus à adopter des comportements sains (activité physique régulière, alimentation saine, permettant de réguler le poids) et en facilitant l'accès aux prestations.

Concernant la prévention secondaire, il est essentiel de mettre en place une prise en charge précoce et efficace du diabète. Deux études importantes (études DCCT et UKPDS) ont montré l'efficacité d'une prise en charge précoce sur la prévention des complications vasculaires à 5-10 ans (concept de mémoire métabolique).

Etant donné l'importance épidémiologique du diabète et le potentiel considérable d'amélioration, le Service de la santé publique a décidé de développer un Programme cantonal Diabète, afin de lutter contre une augmentation de la prévalence du diabète et de diminuer les complications secondaires à cette maladie dans le but d'atténuer les répercussions du diabète sur la qualité de vie des patients diabétiques.

## 1.2 Point de situation

### ***Prévalence du diabète au niveau mondial***

La prévalence du diabète a augmenté rapidement dans le monde durant les vingt dernières années et ce, dans toutes les classes d'âge. En effet, l'incidence du diabète (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas par année) a fortement progressé : aux USA par exemple, elle a augmenté de 73% entre 1997 et 2007, passant de 4,5 à 7,8 pour 1000 personnes année<sup>5</sup>.

Le taux de prévalence du diabète augmente avec l'âge. Il est globalement similaire chez l'homme et chez la femme à tous les âges. Les résultats de 13 enquêtes européennes auprès de populations âgées de 30 à 89 ans permettent d'estimer la prévalence du diabète (diagnostiqué et non diagnostiqué). A 50 ans, environ 10 hommes et 8 femmes sur 100 sont concernés. A 70 ans, ce sont 23 hommes et 27 femmes sur 100 qui souffrent de diabète<sup>6</sup>.

Ajustée à l'âge, l'augmentation de l'incidence sur cette période reste de 66%, ce qui permet de conclure que le vieillissement n'est pas le principal facteur en cause dans cette spectaculaire augmentation, mais bien plutôt l'obésité et la sédentarité liée à notre mode de vie actuel.

L'aggravation de la prévalence du diabète de type 2 est donc en lien avec le surpoids. Selon la Fédération Internationale du Diabète, 80% des personnes diagnostiquées avec un diabète de ce type présentent une surcharge pondérale au moment du diagnostic et de plus, pour chaque kilo supplémentaire, le risque de diabète augmente de 5%.

---

<sup>5</sup> Center for Disease Control and Prevention, [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), Février 2010.

<sup>6</sup> The DECODE Study Group. Age- and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 european cohorts. *Diabetes Care* 2003; 26 : 61-69.

### **Prévalence du diabète en Suisse**

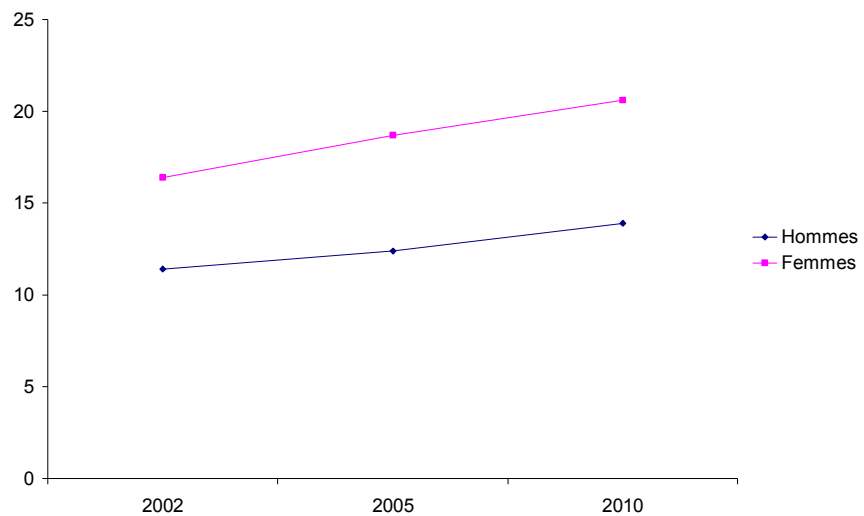
En 2002, la prévalence du diabète dans la population suisse âgée de plus de 15 ans était estimée à 4%<sup>7</sup>, tandis qu'elle était de 3,1% dans l'enquête suisse sur la santé de 2007. A noter cependant que ces chiffres proviennent d'une enquête réalisée sur un échantillonnage de personnes âgées de plus de 15 ans, tirées aléatoirement. Cette enquête se fait par entretien téléphonique et questionnaire écrit.

La seule enquête récente basée sur des mesures du glucose sanguin à jeun dans le canton de Vaud est l'enquête CoLaus<sup>8</sup>, qui indique une prévalence du diabète de 6,6% dans la région de Lausanne pour des personnes entre 35 et 75 ans. En extrapolant par hypothèse au canton de Vaud, cela représente en 2008, pour cette catégorie d'âge (360'425 habitants), 23'800 personnes diabétiques (estimation).

### **Evolution future de la prévalence en Suisse**

La prévalence de l'obésité continue d'augmenter en Suisse. Sans intervention structurelle majeure, ce phénomène devrait se maintenir durablement, principalement en raison d'une alimentation mal équilibrée et de l'inactivité physique.

*Prévalence dans la population Suisse de personnes avec un IMC $\geq$ 30<sup>9</sup>*



Par ailleurs à l'avenir, selon les projections de l'OFSP, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans devrait augmenter fortement, passant de 15,2% en 2005 à 21,3% en 2030 dans le canton de Vaud<sup>10</sup>.

L'effet combiné d'une augmentation de la prévalence de l'obésité et du vieillissement démographique provoquera une croissance de la prévalence du diabète.

<sup>7</sup> OFS, Enquête Suisse sur la santé, 2002.

<sup>8</sup> Firmann M, Mayor V, Vidal PM, Pécoud A, Hayoz D, Paccaud F, Preisig M, Song KS, Yuan X, Danoff TM, Stirnadel HA, Waterworth D, Mooser V, Waeber G, Vollenweider P. The CoLaus study : a population based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. BMC Cardiovascular disorders, 2008 Mar 17; 8: 6.

<sup>9</sup> OMS Global Infobase, 2010.

<sup>10</sup> Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2005-2030, 2007.

## **Stratégie pour limiter l'augmentation de prévalence des maladies chroniques dont le diabète**

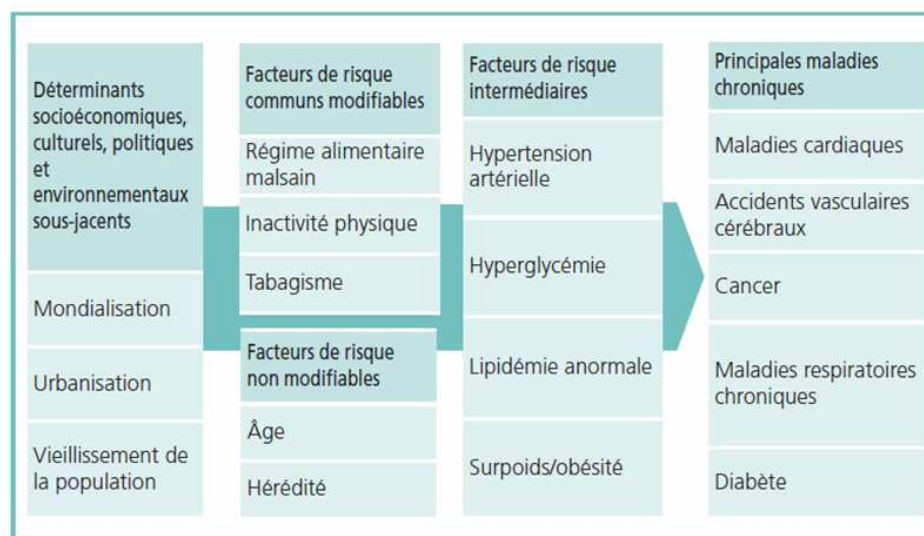
Les études scientifiques montrent que l'épidémie de diabète pourrait être réduite.

Des études de cohorte<sup>11 12</sup> démontrent que 80% des cas de diabète dans une population générale pourraient être évités si les individus adoptaient des comportements sains (activité physique régulière, alimentation saine, permettant de réguler le poids).

Des essais cliniques randomisés montrent qu'un régime équilibré et une activité physique régulière sont efficaces et peuvent prévenir jusqu'à 58% de cas de diabète chez des patients pré-diabétiques lorsque ces mesures sont appliquées<sup>13</sup>. Il est donc essentiel d'envisager la prévention du diabète de type 2 sous forme d'actions de promotion de la santé pour la population générale.

Cette stratégie de promotion de la santé devrait mettre l'accent sur le fait que trois comportements (alimentation équilibrée, activité physique régulière et abstinence du tabac) sont à la base de la prévention de quatre maladies chroniques majeures (maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires chroniques, diabète et certains cancers), qui comptent pour plus de la moitié de la mortalité totale. Ce concept est explicite dans le slogan « 3four50 » de la « Oxford Alliance for Health ».

### *Facteurs déterminants et causes des principales maladies chroniques<sup>14</sup>*



<sup>11</sup> Stamler J, Stamler R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglius ML, Garside D, Dyer AR, Liu K, Greenland P: Low risk-factor profile and longterm cardiovascular and non-cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 1999, 282:2012-2018.

<sup>12</sup> Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N: Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med 2008, 5:e12.

<sup>13</sup> Diabetes Prevention Program Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. NEJM 2002 Feb; 346: 393-403.

<sup>14</sup> Prévention des maladies chroniques : un investissement vital. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2005.

### **Prise en charge des patients diabétiques**

Aujourd'hui, la plupart des patients du canton de Vaud sont pris en charge par des médecins de premier recours. Différents projets ont été lancés dans plusieurs régions du canton pour organiser cette prise en charge, la prévention ou l'information aux patients. On relève également des services spécialisés en diabétologie dans des structures de soins, hôpitaux ou cliniques. Cela se traduit par une disparité des prestations au sein du canton.

Le système de santé devra faire face à moyen terme à une pénurie de médecins, et particulièrement de médecins de premier recours, en raison des caractéristiques de la démographie médicale suisse (nombre de médecins formés, spécialisation, féminisation, réduction du temps consacré par les médecins à leur profession<sup>15</sup>). De même, la pénurie de personnel soignant est un problème récurrent, causé par le déficit de l'offre de personnel formé en Suisse et accentué par l'apparition de nouveaux métiers.

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dont le diabète, le vieillissement de la population et la pénurie de médecins de premier recours et de soignants, impose d'améliorer l'organisation actuelle des soins. La mise sur pied de filières structurées s'inscrivant dans la perspective de la révision de la LAMal en matière de « managed care » pourrait être une solution.

### **Stratégie pour améliorer la prise en charge de patients souffrants de maladies chroniques dont le diabète**

Le modèle de prise en charge des maladies chroniques de Wagner, recommandé par l'OMS<sup>16</sup> se focalise sur six points clefs :

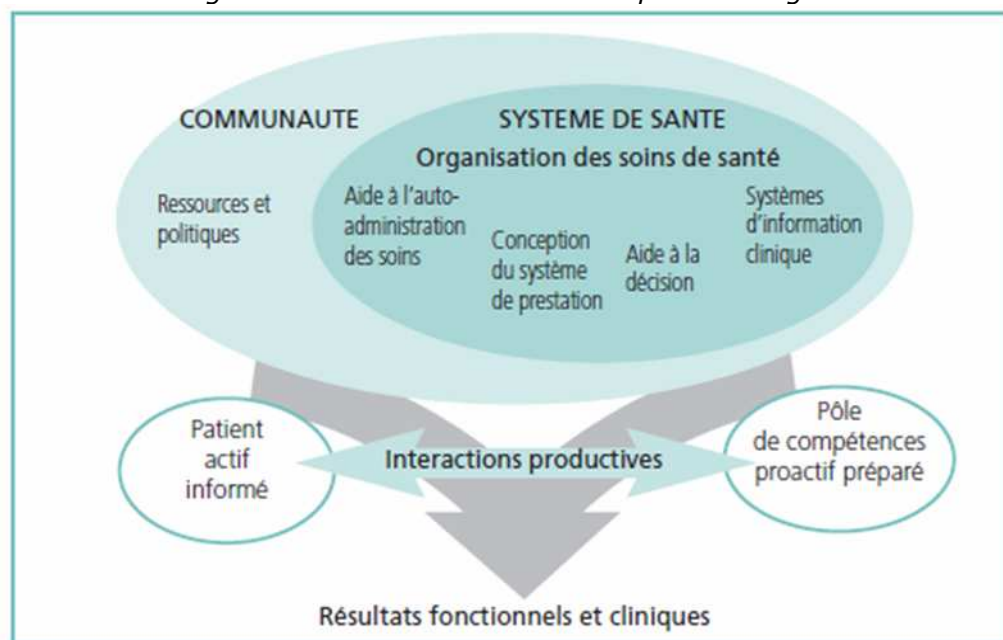
- L'autogestion par le patient et son entourage.
- L'aide à la décision, grâce à la médecine basée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*).
- La conception du système de prestations pour clarifier les rôles et les tâches des différents acteurs.
- Des systèmes d'information clinique, permettant aussi bien le suivi individuel que populationnel.
- L'organisation des soins de santé et la création d'un environnement favorable pour l'amélioration des soins.
- L'implication de toute la société, en constituant des partenariats de nombreux agents sociaux ou économiques.

---

<sup>15</sup> Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008 – 2012, canton de Vaud.

<sup>16</sup> Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. American college of Physician 1998; 29: 58-62.

Figure 1 : Modèle de soins chroniques de Wagner



### 1.3 Méthodologie de travail

Le Programme cantonal a été élaboré à l'initiative du Service de la santé publique du canton de Vaud.

Cinq groupes de travail ont été constitués par le Comité de pilotage du programme et placés sous la responsabilité de spécialistes reconnus dans leur domaine :

1. Groupe de Travail 1 : Information de la population et dépistage du diabète. Président : Dr P. Bovet, PD, MER, médecin associé, Institut de médecine sociale et préventive (CHUV et UNIL).
2. Groupe de Travail 2 : Education thérapeutique du patient. Président : Dr J. Ruiz, PD, MER, Service d'endocrinologie diabétologie et métabolisme, CHUV.
3. Groupe de Travail 3 : Soutien à des projets qui répondent à des critères d'amélioration de la prise en charge. Présidente : Dresse I. Hagon-Traub jusqu'au 15 Janvier puis Mme C. Noth, adjointe du directeur médical, direction médicale, CHUV.
4. Groupe de Travail 4 : Suivi épidémiologique et évaluation du programme. Présidente : Dresse I. Peytremann Bridevaux PD, chef de clinique. Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (CHUV et UNIL).
5. Groupe de Travail 5 : Pédiatrie. Président : Dr Hauschild, médecin responsable ad intérim, pédiatre, endocrinologue - diabétologue, Hôpital de l'Enfance, CHUV.

La stratégie du Programme cantonal diabète a été élaborée sur la base des propositions émanant des groupes de travail.



## 2 Stratégie du Programme cantonal

### 2.1 Raison d'être

Le Programme cantonal Diabète a pour objectif de réduire durablement l'impact du diabète sur la population vaudoise :

- En agissant sur la progression de l'incidence (prévention primaire).
- En améliorant la prise en charge des personnes atteintes (prévention secondaire).

### 2.2 Résultats attendus

Le Programme cantonal Diabète se traduit par deux types de résultats attendus à long terme. En 2020, le Programme cantonal Diabète :

- Limite la progression de la prévalence standardisée (par âge) du diabète par rapport à 2012 grâce à des actions de prévention primaire pour lutter contre l'obésité et promouvoir l'exercice physique.
- Diminue l'apparition de complications grâce à une prise en charge globale et interdisciplinaire des patients, fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*) et sur l'Education Thérapeutique.

### 2.3 Principales étapes

Ces résultats s'obtiendront à travers quatre étapes principales de déploiement.

A la fin **2010**, le Programme cantonal Diabète aura atteint le résultat suivant :

- Mise en place d'un concept et d'une campagne intégrant le diagnostic précoce et le dépistage ciblé du diabète et des autres facteurs de risques associés.

D'ici la fin **2011**, le Programme cantonal Diabète aura atteint le résultat suivant :

- Sensibilisation de la population et des soignants au diabète et aux facteurs de risque associés.

D'ici la fin **2012**, le Programme cantonal Diabète aura atteint les résultats suivants :

- Connaissance actualisée de la population diabétique du canton grâce à un suivi épidémiologique du diabète et des conditions associées.
- Développement de collaborations avec les autres partenaires concernés pour favoriser l'adoption de modes de vie plus sains dans la population générale (prévention primaire).
- Mise en place d'une veille active des innovations internationales en matière de diabète.

D'ici la fin **2015**, le Programme cantonal Diabète aura atteint les résultats suivants :

- Mise à disposition d'une prise en charge globale stratifiée en fonction de la sévérité de la maladie et des besoins des patients, qui intégrera l'auto-gestion (*self-management*), sera organisée en filières interdisciplinaires et sera fondée sur les preuves.

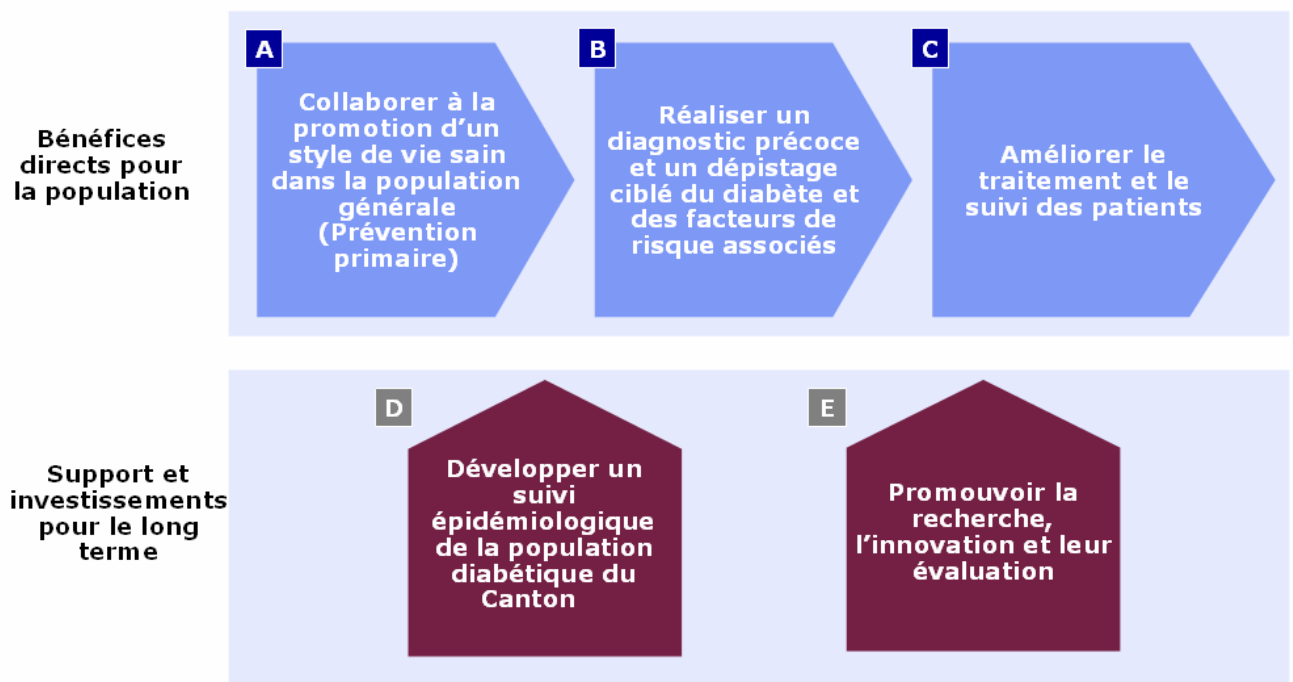
## 2.4 Valeurs retenues

Les valeurs retenues dans le cadre du programme sont les suivantes :

- **Équité** : Prévention, information, traitement. Équité géographique et socio-économique.
- **Collaboration** : Interdisciplinarité, Auto-administration des soins.
- **Respect** : Individu, droit du patient, Ethique, Déontologie.

## 2.5 Stratégies de développement

Les résultats définis dans la vision seront obtenus grâce au déploiement de 5 stratégies :



Les stratégies A, B et C, de bénéfice direct pour la population, sont présentées selon l'ordre chronologique d'évolution de la maladie.

Les stratégies D et E sont des stratégies de support qui permettront de mieux réaliser les stratégies A, B et C sur le long terme.

Les cinq stratégies sont déclinées en 17 objectifs listés ci-après.

- A - Collaborer à la promotion d'un style de vie sain dans la population générale (Prévention primaire)**
  - A.1 Prévention primaire - Mesures structurelles
  - A.2 Prévention primaire - Enfants, adolescents
- B - Stratégie B : Réaliser un diagnostic précoce et un dépistage ciblé du diabète et des facteurs de risque associés**
  - B.1 Campagne enfant
  - B.2 Campagne adulte
  - B.3 Campagne soignant
- C - Améliorer le traitement et le suivi des patients : Patients diabétiques et soignants**
  - C.1 Soignant
  - C.2 Patient diabétique
  - C.3 Accès à l'information
  - C.4 Transition
  - C.5 Education thérapeutique
- D - Suivi épidémiologique : Autorités sanitaires**
  - D.1 Relevés épidémiologiques
- E - Promouvoir la recherche, l'innovation et l'évaluation du programme : Patient diabétique, soignant, autorités sanitaires**
  - E.1 Evaluation, qualité du programme
  - E.2 Formation - Information patient diabétique
  - E.3 Formation - Information soignant
  - E.4 Recherche
  - E.5 Technologie de l'information
  - E.6 Veille de l'innovation

### **3 Objectifs et projets par stratégie**

#### **Stratégie A : Collaborer à la promotion d'un style de vie sain dans la population générale (Prévention primaire)**

##### **a) Justification**

Le nombre total de cas de diabète dans la population est composé de plus de 90% de cas de diabète de type 2 qui ne peuvent être guéris de manière durable, ce qui signifie que la prévalence de la maladie ne peut diminuer que par des actions visant à réduire les nouveaux cas.

Or, le diabète de type 2 peut être prévenu. Plusieurs essais randomisés menés sur des patients pré-diabétiques ont montré qu'un régime alimentaire équilibré, une perte de poids et la pratique d'exercices physiques permettent de réduire de moitié le risque de diabète de type 2. Ces résultats sont meilleurs que ceux obtenus par la prise préventive de médicament (Metformin) qui ne réduit le risque que de 31%<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> The DPP Research Group, Diabetes Care 2000 (23):1619-29.

Des études de cohorte <sup>18</sup> montrent que les personnes ayant adopté des comportements sains (alimentation, activité physique, poids sain) ont un risque de diabète de type 2 diminué de près de 80% par rapport aux personnes qui n'adoptent pas de tels comportements.

La prévention primaire du diabète de type 2 (entre 90 et 95% de l'ensemble des cas<sup>19</sup>) passe donc essentiellement par deux comportements modifiables<sup>20</sup>:

- Une alimentation saine (et l'absence de surpoids).
- Une activité physique régulière.

Cependant, il est difficile d'identifier les individus qui pourraient bénéficier d'une stratégie de prévention du diabète de type 2 car les meilleurs scores de prédiction permettent d'obtenir une valeur prédictive positive d'environ 10%. Cela veut dire que 90% des patients avec un score positif ne développeront pas de diabète.

Enfin, il n'existe pas aujourd'hui de méthodes éprouvées de prévention du diabète de type 1, même si des recherches sont en cours.

Les mesures de promotion de la santé pour la prévention du diabète ne diffèrent pas de ce qui est recommandé pour la prévention d'autres conditions telles que l'hypertension, les dyslipidémies, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Il est donc important que la prévention du diabète ne se fasse pas par une approche cloisonnée en « silo » (une approche que les experts s'accordent aujourd'hui à rejeter) mais bien selon une approche de la promotion de la santé globale impliquant de façon intégrée de nombreux acteurs de différents secteurs.

Etant donné que plusieurs maladies chroniques partagent les mêmes facteurs de risque modifiables, il est crucial que tous les partenaires concernés s'entendent sur une stratégie globale cohérente au niveau du canton, et s'assurent que les messages et leur pertinence soient bien visibles et compréhensibles pour le grand public.

## **b) Objectifs et projets prévus**

### **A.1 Prévention primaire - Mesures structurelles**

Contribuer à la définition, au plaidoyer et à la mise en œuvre de mesures structurelles globales et de programmes favorisant l'alimentation saine et l'exercice physique.

Projets prévus :

- A.1.1 Proposer au Conseil d'Etat, pour la législature 2012-2017, d'établir un inventaire des mesures structurelles et des autres mesures de santé publiques dans tous les secteurs permettant de réduire durablement l'incidence du diabète et d'identifier les acteurs-clefs et les conditions cadres pour la mise en œuvre des mesures prioritaires.

---

<sup>18</sup> Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N: Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med 2008, 5:e12.

<sup>19</sup> National Diabetes Statistics 2007, National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC), US Department of Health and Human Services.

<sup>20</sup> The Diabetes Prevention Program, Diabetes Care 2002 Dec, Volume 25, (12).

A.1.2 Faire un inventaire actualisé des programmes, rendre les synergies possibles explicites et développer les composantes de prévention primaire du diabète pouvant ressortir des nombreux programmes de promotion de la santé existants dans le canton de Vaud.

## **A.2 Prévention primaire enfants, adolescents**

Développer la formation des soignants sur la prévention primaire de l'obésité et du diabète chez l'enfant.

Projets prévus :

A.2.1. Etablir une synthèse des rapports existants concernant les enfants et adolescents avec diabète et/ou obésité: analyse des styles de vie (nutrition et activité physique) et évaluation de la prévalence de l'obésité.

## **Stratégie B : Réaliser un diagnostic précoce et un dépistage ciblé du diabète et des facteurs de risque associés. Public : Population en général.**

### **a) Justification**

Le diabète (types 1 et 2) s'accompagne d'un grand nombre de complications qui réduisent fortement la qualité et la durée de vie : néphropathie, rétinopathie, neuropathie, macroangiopathie ainsi que des décompensations métaboliques aiguës (décompensations acidocétosique, hyperosmolaire et hypoglycémie sévère).

Le diabète de type 2 a en général une phase préclinique longue et silencieuse durant laquelle il est possible d'intervenir pour retarder ou empêcher l'apparition des complications de défaillance organique. Cette longue période asymptomatique est un argument pour le dépistage et un diagnostic précoce du diabète. Cette stratégie permettrait de réduire le nombre de cas de diabète non diagnostiqué et de ne pas diagnostiquer le diabète à un stade tardif alors que le patient présente déjà des complications. (50% de complications vasculaires au moment du diagnostic du diabète, étude UKPDS)<sup>21</sup>.

Concernant la prévention des complications, il est essentiel de mettre en place une prise en charge précoce et efficace du diabète. Deux études importantes (études DCCT et UKPDS) ont montré l'efficacité d'une prise en charge précoce du diabète sur la prévention des complications vasculaires à 5-10 ans (concept de mémoire métabolique)<sup>22</sup>.

Bien que beaucoup d'arguments cliniques plaident en faveur d'un dépistage précoce, la valeur du dépistage systématique du diabète dans la population générale reste encore incertaine à l'exception de personnes présentant certaines circonstances pré-existantes. D'après une étude américaine de 2004, c'est le dépistage ciblé des personnes avec hypertension entre 55 et 75 ans qui présente les meilleurs résultats en termes de rapport coût-

<sup>21</sup> UKPDS 6: Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biological risk factors. Diabetologia 13 :1-11 1990.

<sup>22</sup> UKPDS : NEJM 2008 : 359 :1557-89 et DCCT NEJM 2005 : 353 :2643-53.

efficacité<sup>23</sup>. Cet aspect de dépistage ciblé est relevé dans les recommandations de l'*US Preventive Services Task Force* <sup>24</sup>

Un certain nombre de facteurs peuvent permettre de cibler la population à risque de diabète et qui devrait bénéficier d'un dépistage ciblé<sup>25</sup> :

- Antécédent familial de diabète.
- Indice de masse corporelle supérieur à 27 kg/m<sup>2</sup>.
- Age supérieur à 45 ans.
- Glycémie à jeun anormale ou une intolérance glucidique.
- Hypertension : chez l'adulte.
- Taux de cholestérol HDL inférieur à 0,9 mmol/L ou taux de triglycérides supérieur à 2,8 mmol/L.
- Antécédent de diabète gestationnel ou accouchement d'un enfant de plus de 4,5 kg.

Ces facteurs de prédiction, considérés ensemble, ne permettent cependant pas de dégager une valeur prédictive positive de plus de 10-20% en cas de test positif (donc 80-90% des personnes positives ne développeront pas un diabète)<sup>26</sup>.

En outre, la validité de ces tests de prédiction dépendent largement de la population et ont besoin d'être calibrés avant d'être utilisés pour d'autres populations et en fonction de la période d'utilisation<sup>27</sup>.

L'absence de score développé en Suisse et/ou de validation d'autres scores pour l'utilisation en Suisse est une autre limite pour l'utilisation de ces tests de prédiction. Dans ce contexte, l'utilisation de scores de prédiction de diabète est probablement un instrument plus utile pour les cliniciens que pour le dépistage de masse.

Au contraire du diabète, la valeur du dépistage dans la population d'autres conditions, telles que l'obésité ou l'hypertension est bien établie. **Par conséquent un dépistage qui inclut le diabète, l'obésité, l'hypertension et d'autres facteurs modifiables associés renforce la pertinence d'un dépistage dans la population.**

Il est donc recommandé que toute activité de dépistage relative au diabète inclue un panel minimum de marqueurs à dépister (poids, taille, BMI, circonférence abdominale, activité physique, tabac, habitudes alimentaires, tension, etc.) et ne se limite pas au seul dépistage du glucose sanguin.

---

<sup>23</sup> T Hoerger; R Harris, K Hicks, K Donahue, S Sorensen M Engelgau, Screening for type 2 Diabetes Mellitus: A Cost Effectiveness Analysis, *Annals of Internal Medicine*, May 2004; 140:1-29.

<sup>24</sup> Norris SL, Kansagara D, Bougatsos C, Fu R; U.S. Preventive Services Task Force. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008 Jun 3;148(11):855-68.

<sup>25</sup> Mann DM, Bertoni AG, Shimbo D, Carnethon MR, Chen H, Jenny NS, Muntner P. Comparative validity of 3 diabetes mellitus risk prediction scoring models in a multiethnic US cohort: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Epidemiol*. 2010 May 1;171(9):980-8.

<sup>26</sup> Position statement American Diabetes Association: Screening for type 2 Diabetes, *Clinical Diabetes* 2000; Vol. 18 No 20: 69-73.

<sup>27</sup> Chamnan P, Simmons RK, Khaw KT, Wareham NJ, Griffin SJ. Estimating the population impact of screening strategies for identifying and treating people at high risk of cardiovascular disease: modelling study. *BMJ*. 2010 Apr 23;340:c1693).

De même, tout programme de dépistage devrait inclure un conseil global concernant les autres facteurs de risques majeurs des maladies chroniques et non se concentrer uniquement sur le diabète. Les brochures distribuées durant les campagnes de dépistage de masse devraient toujours inclure une approche globale de tous les comportements de santé pertinents (notamment poids idéal, nutrition équilibrée, tabagisme, activité physique, pression artérielle, cholestérol, diabète, etc.), puisque ces comportements jouent un rôle important dans le développement de nombreuses maladies chroniques, et notamment du diabète.

En ce qui concerne le diabète de type 1, celui-ci présente des symptômes cliniques clairement reconnaissables pouvant être diffusés et communiqués de manière à poser un diagnostic précoce. Le retard diagnostique dans le diabète de type 1 conduit souvent à des hospitalisations prolongées aux soins intensifs pour acidocétose.

## **b) Objectifs et projets prévus**

### **B.1 Campagne enfant**

Diffuser la reconnaissance des signes cliniques du diabète de type 1 et le dépister plus précocement chez les enfants.

B.1.1 Campagne de communication "Parents Enseignants" pour informer sur les symptômes suggestifs de diabète afin de permettre un diagnostic précoce et prévenir des complications graves (acidocétose/diabète type I)

### **B.2 Campagne adulte**

Collaborer avec les autres partenaires concernés à l'information de la population sur les facteurs de risque communs au diabète et à d'autres maladies chroniques, de manière à profiter des économies d'échelles pour cibler plusieurs maladies.

Projets prévus :

B.2.1 Campagne de communication "Population" de sensibilisation aux facteurs de risque modifiables des maladies chroniques évitables (diabète type 2)

### **B.3 Campagne soignant**

Améliorer l'accessibilité au dépistage du diabète de type 2 pour les populations à risque.

Projets prévus :

B.3.1 Réaliser une campagne de communication « Soignant » pour les sensibiliser aux facteurs de risque et dépistage ciblé du diabète de type 2 (enfants et adolescents inclus). Une sensibilisation à la problématique du diabète dans certaines minorités ethniques ne doit pas être négligée et intégrer un partenariat avec des médiateurs culturels.

## **Stratégie C : Améliorer le traitement et le suivi des patients. Public : Patients diabétiques et soignants**

### **a) Justification**

La prise en charge en réseau du patient diabétique est aujourd'hui peu structurée dans le canton de Vaud et dépend fortement des choix du médecin de premier recours, de l'organisation et des ressources du réseau de la région dans laquelle se trouve le patient.

De nombreuses études montrent que, même si la qualité des soins aux patients diabétiques s'est améliorée ces 10 dernières années, celle-ci reste inférieure à ce qui devrait être atteint, en termes de contrôles glycémique, lipidique et tensionnel, ainsi que de dépistages des complications liées au diabète.

Ainsi par exemple, l'analyse de l'ensemble des 91 patients ayant intégré la filière Diabaide (réseau ARC) a montré que lors de leur première consultation<sup>28</sup> :

- 65% avait un taux de HbA<sub>1c</sub>>8,0%
- 75% avaient une glycémie à jeun>8,0mmol/L.
- 60% avaient un cholestérol LDL>2.6 mmol/L.
- 63% avaient une tension systolique >130 mmHg.

Ces résultats médiocres doivent être interprétés avec précaution car seuls 91 patients ont été inclus dans l'analyse, qui de surcroît ne sont probablement pas représentatifs de la population diabétique de la région concernée.

Cependant, des résultats similaires ont été mis en évidence lors de la première analyse des patients ayant intégré le réseau Cap'Diab<sup>29</sup> (réseau Nord-Broye).

Or les objectifs de traitement fixés par de nombreuses associations nationales et internationales sont :

- Une hémoglobine glyquée inférieure à 7%<sup>30</sup>
- Une glycémie à jeun comprise entre 5 et 7 mmol/L.<sup>31</sup>
- Un LDL cholestérol inférieur à 2,6 mmol/L.<sup>32</sup>
- Une tension artérielle inférieure à 130/80 mmHg.<sup>33</sup>

Une autre étude, publiée en 2007 en Suisse au sein de la polyclinique universitaire des HUG, démontre que les médecins de premier recours ne contrôlent la présence de microangiopathie que chez seulement 33% des patients diabétiques.<sup>34</sup>

<sup>28</sup> Evaluation de la filière coordonnée de prise en charge des patients diabétiques « Diabaide », IUMSP, Janvier 2008.

<sup>29</sup> Cap'Diab, Rapport final, Octobre 2008.

<sup>30</sup> H Rodbard et al. AACE/ACE Glycemic control algorithm consensus panel. *Endocr Pract* 2009 ;15 (6) : 541-558.

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> Facteurs de risque et biomarqueurs cardio-vasculaires, Groupe de travail Lipides et Athérosclérose, 2010. [www.agla.ch](http://www.agla.ch).

<sup>33</sup> Elliott WJ; Weir DR; Black HR. Cost-effectiveness of the lower treatment goal (of JNC VI) for diabetic hypertensive patients. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 2000 May 8;160(9):1277-83.

<sup>34</sup> Bovier PA et al, Adherence to recommended standards of diabetes care by Swiss primary care physicians. *Swiss medical weekly* 2007:173-181.



Or, la qualité de la prise en charge du diabète et des facteurs de risque associés est essentielle pour prévenir des complications secondaires.

Au-delà des complications de santé, le diabète provoque un impact important sur la vie sociale des patients du fait de l'omniprésence de la maladie dans la vie de celui-ci. De plus, des études ont montré que les patients diabétiques âgés avaient un risque accru de 60% de présenter une dépression sévère, comparé à des personnes âgées non diabétiques<sup>35</sup>. De manière générale, le diabète est associé à un risque accru de dépendance fonctionnelle. Une étude menée en Angleterre et au Pays de Galles sur une cohorte de 12.000 personnes âgées de plus de 65 ans, relève que la présence d'un diabète traité était associée à une augmentation de 70% du risque de développer une dépendance fonctionnelle<sup>36</sup>.

Enfin, en ce qui concerne la prise en charge du diabète chez les enfants et les adolescents on constate une rupture dans le suivi des patients lors du passage à l'âge adulte. De nombreux jeunes adultes quittent alors les circuits de prise en charge des patients diabétiques et reçoivent une prise en charge inadaptée à leur situation. Cette problématique de transition se retrouve également lors de l'institutionnalisation de personnes âgées. Il convient donc de garantir la transition de la prise en charge à travers des mécanismes adaptés.

Différentes expériences de prise en charge de patients diabétiques ont déjà été lancées dans le canton durant la dernière décennie, avec des méthodes et des ressources différentes. Le Programme cantonal doit permettre de mutualiser les méthodes et les résultats de ces expériences tout en maintenant les spécificités locales des réseaux de manière à s'adapter aux besoins et conditions régionales.

Le Programme cantonal Diabète doit amener au développement d'une prise en charge structurée centrée sur le patient diabétique, ses besoins médicaux et psycho-sociaux. Elle doit être basée sur les preuves d'efficacité, comprendre l'interdisciplinarité et le travail en équipe ainsi que l'éducation thérapeutique et l'autogestion de la maladie. Elle doit par ailleurs être stratifiée en fonction de la sévérité de la maladie et des besoins des patients.<sup>37</sup>

## **b) La prise en charge interdisciplinaire**

Le travail avec une philosophie interdisciplinaire n'est pas un concept purement théorique rangé dans un monde idéal mais inaccessible. Dans le domaine de la santé, il nécessite un véritable dialogue entre les partenaires de soins. Cette démarche ne se construit pas par des déclarations de bonnes intentions. Elle se construit en travaillant ensemble pour le développement de projets communs. Elle nécessite de clarifier quelles sont les valeurs et les fondements qui mobilisent chacun des partenaires. Dans le cadre des réseaux de soins, elle constitue l'un des atouts majeurs pour la réussite de projets communs entre des groupes hétérogènes et dispersés dans différents lieux de travail.

<sup>35</sup> Finkelstein E et al, Prevalence and costs of major depression among elderly claimants with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(8): 415-420.

<sup>36</sup> N Spears, R Matthews, C Jagger, F Matthews, C Boulton, T Robinson, C Brayne. Diseases and impairment as risk factors for onset of disability in the older population in England and Wales: findings from the medical research council cognitive function and aging study. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2005 ;60 :184-185.

<sup>37</sup> Source : I. Peytremann-Bridevaux, B. Burnand, Prévention et prise en charge des maladies chroniques : une approche applicable en Suisse, *Bulletin des médecins suisses* 2009;90: 32.

### **c) Promotion de l'éducation thérapeutique**

L'éducation thérapeutique est une composante essentielle de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Elle devrait faire partie du parcours de soins de chaque malade. Elle s'adresse principalement à des personnes porteuses d'une maladie chronique. Elle a pour but d'aider le patient et ses proches à acquérir et maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie. Par des actions centrées sur le développement de savoir-faire, d'auto-soins et des processus qui accompagnent l'acquisition et les changements de comportement, l'éducation thérapeutique contribue à réduire les complications tout en améliorant l'état de santé et la qualité de vie des personnes. Elle est le moyen par excellence pour appliquer les traitements ayant démontré leur efficacité selon EBM. Elle permet d'intégrer les dimensions psychologiques, pédagogiques, sociales et spirituelles de la personne et de son entourage. Ces éléments sont des composantes essentielles, qui permettent aux traitements souvent complexes de trouver un sens dans la trajectoire thérapeutique particulière de la personne atteinte dans sa santé.

L'éducation thérapeutique s'est d'abord développée dans certaines maladies particulières comme le diabète sucré car le traitement journalier est confié au patient et à son entourage. L'éducation du patient est essentielle dans ce type de maladie en raison des risques d'hypoglycémies sévères en cas d'apport insuffisant d'hydrates de carbone ou d'activité physique importante.

### **d) Programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques**

Les programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques comprennent une réorganisation et une structuration des itinéraires des patients souffrant de maladies chroniques. Leur but est d'éliminer la fragmentation et la discontinuité des soins, pour en améliorer la qualité et le suivi. Ils s'inscrivent dans une réflexion globale sur l'organisation des systèmes de soins pour les prises en charge des maladies chroniques, dont le «Chronic Care Model» reste le modèle de référence.

En Europe, durant ces 10 dernières années, des programmes de prise en charge des maladies chroniques se sont développés. Les solutions envisagées par les pays varient en fonction, entre autres, de la volonté politique, de l'organisation du système de santé et du degré de développement de la médecine de premier recours<sup>38 39</sup>.

L'efficacité de ces programmes a été évaluée à plusieurs reprises. Les résultats de revues systématiques suggèrent que ces programmes apportent des bénéfices aux patients, diabétiques notamment. Il a en effet été démontré que l'hémoglobine glyquée des patients diabétiques participant à de tels programmes était significativement diminuée par rapport aux patients diabétiques qui n'y participaient pas.

---

<sup>38</sup> Ellen Nolte, Martin Mc Kee. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008.

<sup>39</sup> Ellen Nolte, Cecile Knai, Martin Mc Kee. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies & WHO Regional Office for Europe; 2008.

Ces patients diabétiques avaient aussi une plus grande probabilité de bénéficier des examens recommandés<sup>40 41</sup>. Les analyses économiques de ces programmes sont peu nombreuses et non consensuelles. Il ne semble toutefois pas y avoir de preuves d'accroissement des coûts<sup>42 43 44</sup>.

## **e) Objectifs et projets prévus**

### **C.1 Soignant**

Créer au niveau cantonal une filière de prise en charge interdisciplinaire du patient diabétique. La prise en charge dépendra d'une stratification des patients et suivra des protocoles fondés sur les preuves. Elle impliquera les professionnels de santé s'occupant des patients diabétiques et garantira une prise en charge complète.

*Projets prévus :*

- C.1.1 Explorer les besoins des professionnels de la santé, les expériences existantes de prise en charge du diabète et leurs développements futurs dans le canton de Vaud.
- C.1.2 Décrire les services et les projets existants dans les différentes régions qui concernent les adultes, les enfants et/ou les adolescents
- C.1.3 Mettre en place des coordinateurs régionaux pour chaque région sanitaire
- C.1.4 Créer un "Répertoire soignants" regroupant les structures, activités, acteurs régionaux impliqués dans la prise en charge du diabète.
- C.1.5 Créer des groupes multi-disciplinaires incluant les leaders d'opinion régionaux.
- C.1.6 Définir des protocoles (rôles et responsabilités) de relation entre les acteurs de santé pour favoriser le travail interdisciplinaire.
- C.1.7 Créer des Forums régionaux - Communication et formation relative au programme cantonal / 4 régions sanitaires.
- C.1.8 Consolider des directives de prise en charge fondées sur les preuves (recommandations pour la pratique clinique) et les diffuser/communiquer. Evaluer leur implémentation.
- C.1.9 Développer un concept de filières de prise en charge du patient diabétique, basées sur une stratification des patients et répondant à des critères EBM.
- C.1.10 Définir le rôle des pharmacies dans la prise en charge / le soutien du patient diabétique.

---

<sup>40</sup> Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano AD, Jr., Ofman JJ et al. A systematic review of diabetes disease management programs. *Am J Manag Care* 2005;11:242-50.

<sup>41</sup> Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002;22:15-38.

<sup>42</sup> Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. *Health Care Financ Rev*. 2005;26:1-19.

<sup>43</sup> Krause DS. Economic effectiveness of disease management programs: a meta-analysis. *Dis Manag*. 2005;8:114-34.

<sup>44</sup> Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? *Am J Manag Care*. 2007;13:670-6.

## **C.2 Patient diabétique**

Organiser le soutien au patient pour répondre à ses différents besoins (médicaux, sociaux, psychologiques, économiques et autres).

Projets prévus :

- C.2.1 Explorer les besoins des patients diabétiques (inclus socio-économiques et psychologiques), ainsi que des expériences de prise en charge du diabète et de leurs développements futurs dans le canton de Vaud.
- C.2.2 Identifier les principaux obstacles asséurologiques et proposer un plan d'action pour aider les patients en difficulté.
- C.2.3 Développer et promouvoir des programmes favorisant l'activité physique chez le patient diabétique.
- C.2.4 Encourager les initiatives des associations de patients.
- C.2.5 Améliorer la prise en charge des glycémies élevées relevées lors des hospitalisations et faciliter la transition hôpital-ambulatoire (filiale hôpital-ambulatoire).
- C.2.6 Organiser une réponse téléphonique pour venir en aide aux patients et à leurs proches en collaboration avec les associations de patients.
- C.2.7 Soutenir des prestations de soins dont l'efficacité est reconnue et qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie de base (ex. soins podologiques).
- C.2.8 Soutenir une prise en charge spécifique pour les minorités ethniques à haut risque de diabète (voir avec médiateurs culturels).

## **C.3 Accès à l'information**

Faciliter l'accès des professionnels à l'information sur le patient pour permettre une meilleure prise en charge.

Projets prévus :

- C.3.1 Promouvoir l'utilisation du passeport diabète.
- C.3.2 Evaluer la pertinence de la mise en œuvre d'un dossier patient électronique (partenariat ou création).
- C.3.3 Organiser une permanence téléphonique à destination des soignants (piquet médical).

## **C.4 Transition**

Garantir la continuité des soins, fondée sur une approche du risque total, tout au long de la vie du patient, particulièrement dans les périodes de transition.

Projets prévus :

- C.4.1 Développer puis évaluer un programme structuré de transition de l'adolescent et du jeune adulte atteint de diabète insulino-dépendant, des soins pédiatriques aux soins adultes. Créer un poste d' "infirmière de transition" accompagnant l'adolescent pendant ce changement.

C.4.2 Définir un concept et créer les mécanismes garantissant la transition d'une prise en charge adulte à une prise en charge gériatrique.

### **C.5 Education thérapeutique**

Renforcer la formation des médecins de premier recours et des soignants à la prise en charge du diabète, au travail interdisciplinaire et à l'éducation thérapeutique.

Projets prévus :

C.5.1 Créer et mettre en oeuvre une « Formation de base à l'Education thérapeutique », pour la prise en charge des patients diabétiques – 3 demi-journées pour professionnels de la santé.

C.5.2 Promouvoir la visibilité des formations en éducation thérapeutique pour patients en créant et entretenant un répertoire en ligne de l'offre existante.

## **Stratégie D : Développer un relevé épidémiologique de la population diabétique du Canton. Public : Autorités sanitaires**

### **a) Justification**

La connaissance actuelle de la fréquence du diabète et du niveau de contrôle des patients diabétiques dans le canton de Vaud est très parcellaire : les chiffres de prévalence existants sont peu fiables d'un point de vue statistique (enquête par téléphone) ou régionaux, comme l'étude CoLaus (ville de Lausanne). Le développement d'une structure d'observation du diabète des niveaux de facteurs de risque, des taux de complications et de la qualité de la prise en charge de cette maladie (processus et résultats) constitue un point de départ nécessaire. Elle doit permettre d'obtenir une connaissance fine de la situation actuelle, puis de suivre son évolution au fil des ans et ainsi d'observer les effets du Programme cantonal sur la population vaudoise saine et diabétique.

### **b) Objectifs et projets prévus**

#### **Objectif D Relevés épidémiologiques**

Connaître la prévalence et les caractéristiques médicales, sociales, économiques et géographiques de la population diabétique du canton (Relevés ambulatoires, statistiques hospitalières, données asséculologiques).

*Projets prévus :*

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 de Vaud

D.1.3 Connaître les caractéristiques de la population diabétique hospitalisée

## **Stratégie E : Promouvoir la recherche, l'innovation et l'évaluation du programme**

### **a) Justification**

Le Programme cantonal Diabète s'inscrit dans le cadre du Rapport sur la politique sanitaire 2008-2012<sup>45</sup> qui définit l'adaptation des services de soins aux pathologies chroniques comme l'une des lignes directrices du Conseil d'Etat. Le Programme cantonal Diabète a donc un rôle de pilote à jouer en la matière, dont l'expérience doit permettre la création de programmes similaires pour d'autres maladies chroniques importantes.

L'amélioration des structures existantes passe nécessairement :

- Par une évaluation de l'existant et un suivi d'indicateurs relevés par les différents projets du programme cantonal.
- Par une évaluation des nouveaux modes de prise en charge du diabète.
- Par l'évaluation des nouveautés, via la veille et la promotion de l'innovation. Les résultats obtenus doivent être évalués et leur bénéfice démontré afin de valider leur utilisation.

Enfin, le projet *eHealth*<sup>46</sup> lancé au niveau de la Confédération doit inciter le Programme à accélérer l'adoption des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour favoriser l'efficacité et l'efficience de la prise en charge.

### **b) Objectifs et projets prévus**

#### **E.1 Qualité**

Développer un modèle novateur d'organisation des soins, applicable à d'autres maladies chroniques.

Projets prévus :

- E.1.1 Définir un concept et évaluer le Programme cantonal au niveau de la mise en œuvre et de la réalisation des objectifs.
- E.1.2 Evaluer le Programme cantonal au niveau des résultats (prévalence/incidence du diabète, indicateurs de qualité des soins et d'efficacité économique,...).
- E.1.3 Evaluer la qualité des soins de patients diabétiques du canton de Vaud - et au niveau économique (transposition à d'autres maladies chroniques).

#### **E.2 Formation - Information patient**

Développer la prise en charge par le patient lui-même (self management).

Projets prévus :

- E.2.1 Créer des outils d'information pour les patients diabétiques enfants, adolescents dans le but de développer leur autonomie, (moyens audiovisuels).

---

<sup>45</sup> Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008 – 2012, canton de Vaud.

<sup>46</sup> OFSP, <http://www.bag.admin.ch/ehealth>, 20.4.2009.

E.2.2 Créer des formations pour les patients diabétiques incluant entre autres: - l'éducation par les pairs (Méthode de Stanford).

### **E. 3 Formation – Information soignant**

Développer de nouvelles méthodes pour la formation des soignants

Projets prévus :

E.3.1 Promouvoir la formation pour l'accompagnement thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques pour les professionnels de soins et les médecins (CAS, certificat of advanced study)

E.3.2 Créer de nouvelles méthodes d'enseignement pour les soignants (utilisation de nouvelles technologies, incl. moyens audiovisuels).

E.3.3 Développer et mettre en place un cursus soignant pour la prise en charge du patient diabétique - Formation de référents en institutions.

### **E.4 Recherche**

Promouvoir la recherche sociale, épidémiologique et économique sur le diabète et ses modèles de prise en charge

Projets prévus :

E.4.1 Soutenir des projets de recherche sur le diabète, en les finançant ou en fournissant des données, dans le domaine des services de santé (nouveaux modèles de prises en charge...).

### **E. 5 Technologie de l'information**

Développer l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour améliorer la prise en charge et développer l'adhérence thérapeutique.

Projets prévus :

E.5.1 Créer et entretenir un site internet à destination des soignants - (inclus outils informatiques d'aide à la décision)

E.5.2 Créer des outils pour améliorer l'accompagnement des patients diabétiques: le suivi de l'adhérence thérapeutique, la communication avec les patients, les espaces d'échanges entre patients et des outils d'aide à la vie quotidienne du patient.

### **E.6 Veille de l'innovation**

Organiser la veille des innovations qui apparaissent au niveau international sur la prévention et les programmes structurés de prise en charge du diabète ainsi que les innovations technologiques, processus et recherches.

Projets prévus :

E.6.1 Consolider un système de veille de l'innovation sur tous les aspects concernant le diabète. Moyen: groupe d'experts.

E.6.2 Communiquer les résultats issus de la veille sanitaire. Moyens: Portail internet, Newsletter.

## **4 Plan d'action global 2010-2012**

Au total, 47 actions vont démarrer ou seront soutenues entre 2010 et 2012. Parmi celles-ci, 9 sont déjà en cours et 13 démarreront d'ici fin 2010. 15 actions débuteront en 2011 et 10 sont prévues en 2012.

Le plan d'action global pour chacune des 5 stratégies et des 17 objectifs est décliné projet par projet, avec l'année de démarrage prévue. (Cf. page suivante).



# Programme cantonal - Plan d'action global 2010-2012

## 2011

### STRATEGIES

**A. Collaborer à la promotion d'un style de vie sain dans la population générale (Prévention primaire)**

## 2010

*En cours*

*A démarrer*

## 2012

**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

A.1.1 Etablir un inventaire des mesures structurelles pour réduire durablement le diabète

A.1.2 Faire un inventaire actualisé des programmes, rendre les synergies possibles et explicites

A.2.1 Etablir une synthèse des rapports existants « enfants-adolescents »

B.1.1 Campagne «Parents Enseignants» de communication

B.3.1. Campagne « Soignant » de sensibilisation

**C. Améliorer le traitement et le suivi des patients diabétiques**

C.1.1 Explorer les besoins des professionnels de la santé

C.2.1 Explorer les besoins des patients diabétiques

C.2.3 Promouvoir l'activité physique des patients diabétiques

C.4.1 Définir un programme structuré de transition pédiatrie-adulte

C.5.1 Créer et mettre en œuvre une Formation à l'Education thérapeutique

C.1.2 Evaluer les services et les projets en cours dans les régions

C.1.3 Mettre en place des coordinateurs régionaux pour chaque région sanitaire

C.1.7 Créer des forums régionaux

C.1.8 Consolider les directives de prise en charge fondées sur les preuves et les diffuser/communiquer

C.2.4 Encourager les initiatives des associations de patients

C.2.6 Organiser une réponse téléphonique pour aider les patients

C.3.1 Promouvoir l'utilisation du passeport diabète

C.3.2 Evaluer la pertinence d'un dossier patient électronique

C.5.2 Promouvoir la visibilité des formations en éducation thérapeutique

C.1.4 Créer un « Répertoire soignants » regroupant les structures, activités et acteurs régionaux

C.1.5 Créer des groupes multidisciplinaires incluant les leaders d'opinion régionaux

C.2.2 Identifier les principaux obstacles asséurologiques et proposer un plan d'action pour aider les patients en difficulté

C.2.7 Soutenir la prise en charge financière des soins podologiques des patients à risque par les assureurs

C.2.8 Soutenir une prise en charge spécifique pour les minorités ethniques

C.3.3 Organiser une permanence téléphonique à destination des soignants

C.1.6 Définir des protocoles (rôles et responsabilités) de relation entre les acteurs de santé pour favoriser le travail interdisciplinaire

C.1.9 Concept de filières de prise en charge du patient diabétique basées sur une stratification des patients et répondant à des critères EBM

C.1.10 Définir le rôle des pharmacies dans la prise en charge / le soutien du patient diabétique

C.2.5 Systematiser la prise en charge des glycémies élevées relevées lors des hospitalisations

C.4.2 Définir un concept et créer les mécanismes garantissant la transition d'une prise en charge adulte à une prise en charge gériatrique

**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

D.1.3 Connaître les caractéristiques de la population diabétique hospitalisée

**E. Promouvoir la recherche, l'innovation et l'évaluation du programme**

E.2.1 Créer des outils de formation et d'information pour patients diabétiques enfants et adolescents

E.2.2 Créer des formations pour les patients diabétiques incluant entre autres: - l'éducation par les pairs (Méthode de Stanford).

E.3.1 Promouvoir la formation pour l'ET des patients atteints de maladies chroniques (Public soignants/CAS)

E.1.1 Evaluer le Programme Cantonal au niveau de la mise en œuvre

E.1.2 Evaluer le Programme Cantonal au niveau des résultats (Indicateurs de qualité)

E.1.3. Evaluer le Programme au niveau de la qualité des soins et économique

E.5.1 Créer et entretenir un site à destination des soignants

E.6.1 Consolider un système de veille de l'innovation sur tous les aspects concernant le diabète

E.6.2 Communiquer les résultats issus de la veille sanitaire. Moyens: Portail internet, Newsletter

E.4.1. Soutenir des projets de recherche sur le diabète

E.3.2 Créer de nouvelles méthodes d'enseignements pour les soignants

E.3.3 Développer et mettre en place un cursus soignant-Référents en institutions

E.5.2. Créer des outils pour améliorer l'accompagnement des patients diabétiques

Programme cantonal – Plan d'action détaillé 2010-2012 – A/B

	2010		2011	2012
	En cours	A démarrer		
<b>A. Collaborer à la promotion d'un style de vie sain dans la population générale (Prévention primaire)</b>	<b>A.1 Prévention primaire - Mesures structurelles</b> Contribuer à la définition, au plaidoyer et à la mise en œuvre de mesures structurelles globales et de programmes favorisant l'alimentation saine et l'exercice physique		A.1.1 Etablir un inventaire des mesures structurelles pour réduire durablement le diabète	
			A.1.2 Faire un inventaire actualisé des programmes, rendre les synergies possibles et explicites	
	<b>A.2 Prévention primaire enfants, adolescents</b> Développer la formation des soignants sur la prévention primaire de l'obésité et du diabète chez l'enfant		A.2.1 Etablir une synthèse des rapports existants « enfants-adolescents »	
<b>B. Réaliser un diagnostic précoce et un dépistage ciblé du diabète et des facteurs de risque associés</b>	<b>B.1 Campagne enfant</b> Diffuser la reconnaissance des signes cliniques du diabète de type 1 et le dépister plus précocement chez les enfants		B.1.1 Campagne « Parents Enseignants » de communication	
	<b>B.2 Campagne adulte</b> Information à la population sur les facteurs de risque communs au diabète et à d'autres maladies chroniques			
	B.2.1. Campagne «Population » pour sensibiliser aux facteurs de risque			
	<b>B.2 Campagne soignants</b> Améliorer l'accessibilité au dépistage du diabète de type 2 pour les populations à risque		B.3.1. Campagne « Soignant » de sensibilisation	

Programme cantonal – Plan d'action détaillé 2010-2012 – C

C. Améliorer le traitement et le suivi des patients diabétiques

	2010		2011	2012
	En cours	A démarrer		
<p><b>C.1 Soignant</b></p> <p>Créer au niveau cantonal une filière de prise en charge interdisciplinaire du patient diabétique</p>	<p>C.1.1 Explorer les besoins des professionnels de la santé</p>	<p>C.1.2 Evaluer les services et les projets en cours dans les régions</p> <p>C.1.3 Mettre en place des coordinateurs régionaux pour chaque région sanitaire</p> <p>C.1.7 Créer des forums régionaux</p> <p>C.1.8 Consolider les directives de prise en charge fondées sur les preuves et les diffuser/communiquer</p>	<p>C.1.4 Créer un « Répertoire soignants » regroupant les structures, activités et acteurs régionaux</p> <p>C.1.5 Créer des groupes multidisciplinaires incluant les leaders d'opinion régionaux</p>	<p>C.1.6 Définir des protocoles de relation entre les acteurs de santé pour favoriser le travail interdisciplinaire</p> <p>C.1.9 Concept de filières de prise en charge du patient diabétique basées sur une stratification des patients et répondant à des critères EBM</p> <p>C.1.10 Définir le rôle des pharmacies dans la prise en charge / le soutien du patient diabétique</p>
<p><b>C.2 Patient diabétique</b></p> <p>Organiser le soutien au patient pour répondre à ses différents besoins (médicaux, sociaux, psychologiques, économiques et autres)</p>	<p>C.2.1 Explorer les besoins des patients diabétiques</p> <p>C.2.3 Promouvoir l'activité physique des patients diabétiques</p>	<p>C.2.4 Encourager les initiatives des associations de patients</p> <p>C.2.6 Organiser une réponse téléphonique pour aider les patients</p>	<p>C.2.2 Identifier les principaux obstacles asséculogiques et proposer un plan d'action pour aider les patients en difficulté</p> <p>C.2.7 Soutenir la prise en charge financière des soins podologiques des patients à risque par les assureurs</p> <p>C.2.8 Soutenir une prise en charge spécifique pour les minorités ethniques</p>	<p>C.2.5 Systématiser la prise en charge des glycémies élevées relevées lors des hospitalisations</p>
<p><b>C.3 Accès à l'information</b></p> <p>Faciliter l'accès des professionnels à l'information sur le patient pour permettre une meilleure prise en charge</p>		<p>C.3.1 Promouvoir l'utilisation du passeport diabète</p> <p>C.3.2 Evaluer la pertinence d'un dossier patient électronique</p>	<p>C.3.3 Organiser une permanence téléphonique à destination des soignants</p>	
<p><b>C.4 Transition</b></p> <p>Garantir la continuité des soins, fondée sur une approche du risque total, tout au long de la vie du patient, particulièrement dans les périodes de transition</p>	<p>C.4.1 Définir un programme structuré de transition pédiatrie-adulte</p>			<p>C.4.2 Définir un concept et créer les mécanismes garantissant la transition d'une prise en charge adulte à une prise en charge gériatrique</p>
<p><b>C.5 Education thérapeutique</b></p> <p>Renforcer la formation des médecins de premier recours et des soignants à la prise en charge du diabète, au travail interdisciplinaire et à l'éducation thérapeutique</p>	<p>C.5.1 Créer et mettre en œuvre une Formation à l'Education thérapeutique</p>	<p>C.5.2 Promouvoir la visibilité des formations en éducation thérapeutique</p>		

Programme cantonal – Plan d'action détaillé 2010-2012 – D - E

D. Développer un suivi épidémiologique de la population diabétique du Canton

2010

2011

2012

En cours

A démarrer

	2010	2011	2012	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">E. Promouvoir la recherche, l'innovation et l'évaluation du programme</p>	<p><b>D.1 Relevés épidémiologiques</b></p>	<p>D.1.1 Réaliser un suivi épidémiologique du diabète</p>	<p>D.1.2 Développer un concept de surveillance et de système d'information pour le canton</p>	
	<p><b>E.1 Qualité</b> Développer un modèle novateur d'organisation des soins, applicable à d'autres maladies chroniques</p>	<p>E.1.1 Evaluer le Programme Cantonal au niveau de la mise en œuvre</p> <p>E.1.2 Evaluer le Programme Cantonal au niveau des résultats (Indicateurs de qualité)</p> <p>E.1.3. Evaluer le Programme au niveau de la qualité des soins et économique</p>		
	<p><b>E.2 Formation Information patient</b> Développer la prise en charge par le patient lui-même (self management)</p>	<p>E.2.1 Créer des outils de formation et d'information pour patients diabétiques enfants et adolescents</p> <p>E.2.2 Créer des formations pour les patients diabétiques incluant entre autres: - l'éducation par les pairs (Méthode de Stanford).</p>		
	<p><b>E.3 Formation Information soignants</b> Développer de nouvelles méthodes pour la formation des soignants</p>	<p>E.3.1 Promouvoir la formation pour l'ET des patients atteints de maladies chroniques (Public soignants/CAS)</p>		<p>E.3.2 Créer de nouvelles méthodes d'enseignements pour les soignants</p> <p>E.3.3 Développer et mettre en place un cursus soignant-Référents en institutions</p>
	<p><b>E.4 Recherche</b> Promouvoir la recherche sociale, épidémiologique et économique sur le diabète et ses modèle de prise en charge</p>			<p>E.4.1. Soutenir des projets de recherche sur le diabète</p>
	<p><b>E.5 Technologie de l'information</b> Pour une amélioration de la prise en charge et de l'adhérence thérapeutique</p>		<p>E.5.1 Créer et entretenir un site à destination des soignants</p>	<p>E.5.2. Créer des outils pour améliorer l'accompagnement des patients diabétiques</p>
	<p><b>E.6 Veille de l'innovation</b> Niveau international sur la prévention et les programmes structurés, ainsi que les innovations technologiques, processus et recherches</p>		<p>E.6.1 Consolider un système de veille de l'innovation sur tous les aspects concernant le diabète</p> <p>E.6.2 Communiquer les résultats issus de la veille sanitaire. Moyens: Portail internet, Newsletter</p>	
			<p>D.1.3 Connaître les caractéristiques de la population diabétique hospitalisée</p>	