

LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« DIABÈTE »

Le diabète est un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion de l'insuline et/ou de l'action de l'insuline. L'hyperglycémie chronique liée au diabète est associée à d'importantes séquelles à long terme, particulièrement à des lésions, des anomalies et une insuffisance de divers organes, surtout les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins¹. On distingue trois types de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète de grossesse.

L'incidence du diabète est de 2,6 cas/1 000 chez les 12 ans et plus au Canada². Si ce taux est appliqué à la Montérégie, 5 763 nouveaux cas diabétiques seraient ajoutés en 2004. La prévalence de diabète est de 7% au Québec (3 % chez les adultes de 35 à 65 ans et 10 % chez les personnes de plus de 65 ans)³. De la population diabétique, 90 % sont de type 2 donc, pourrait être évitable. La progression du taux de diabète suit la même courbe que l'augmentation de l'obésité.

La clientèle desservie par les CLSC de la Montérégie se chiffrait à 6 275 en 2001-2002. Au cours de l'année 1997-1998, le nombre d'hospitalisations associé au diabète représente 0,7 % de l'ensemble des hospitalisations, pour un taux brut, selon l'âge, de 84,7 hospitalisations par 100 000. La durée moyenne de séjour pour une hospitalisation liée au diabète est de 6,1 jours en 2000-2001⁴. De plus, on sait que même s'il n'en constitue pas la cause principale d'hospitalisation, le diabète est une condition associée présente chez un grand nombre de patients hospitalisés.

En ce qui concerne les indicateurs de santé, le taux ajusté de mortalité (1994-1998) est de 19,3 par 100 000 de population. Le taux moyen d'années de vie perdues en raison d'un décès causé par le diabète est de 0,8 année par 1 000 personnes en Montérégie⁵. Les complications les plus fréquentes de cette maladie sont les rétinopathies (première cause de cécité chez les adultes), les néphropathies (40 % des insuffisances rénales et première cause de dialyse), les neuropathies et les maladies cardiovasculaires (environ 80 % des diabétiques décèdent de maladies cardiovasculaires). Le diabète serait responsable de 25 % des chirurgies cardiaques et de 50 % des amputations d'origine non traumatique⁶.

¹ « Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, Vol 27, supp. 2, Dec. 2003.

² SANTÉ CANADA. *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1999

³ AUCOIN, Léonard, Véronique ALLAIRE, Annie-Ève GRATTON et autres. « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois », *PRIISME Info*, édition spéciale, mars 2005.

⁴ MED-ÉCHO. CD Explorateur, DRG 2000-2001.

⁵ CHOINIÈRE, R. D. SAINT-LAURENT, M. BEAUPRÉ. « Surveillance de la morbidité au Québec 1977-1998 », *Collection analyses et surveillance*, no 14, mars 2001.

⁶ DIABÈTE QUÉBEC. *Vivre avec le diabète*, Montréal, site http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/monde/html/portrait.html

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR - SOUTENIR.

TYPLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information et sensibilisation, intensification et soutien aux campagnes sociétales visant de saines habitudes de vie ▪ Interventions multistratégiques de promotion et prévention ▪ Interventions médicales préventives ▪ Promotion de l'allaitement maternel ▪ Mobilisation des réseaux de l'intersectoriel ▪ Dépistage chez les 40 ans et plus ou selon facteurs de risque 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions médicales (accès aux médecins de famille) ▪ Counselling nutritionnel intensif (accès aux nutritionnistes) ▪ Services d'urgence et d'hospitalisation ▪ Suivi systématique multidisciplinaire avec clinique d'enseignement dans la communauté ▪ Services médicaux et diagnostiques spécialisés (accès aux spécialistes) ▪ Dépistage des complications et des conditions comorbides ▪ Gestion des grossesses à risque élevé ▪ Services pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions médicales (accès aux médecins de famille) ▪ Counselling nutritionnel intensif (accès aux nutritionnistes) ▪ Services diagnostiques pour le suivi des complications et des conditions comorbides ▪ Info-Santé ▪ Suivi systématique multidisciplinaire ▪ Services d'adaptation et de réadaptation ▪ Services pharmaceutiques

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS⁷. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Diabète ».

Les pistes d'action sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum dans son ensemble ont été mises arbitrairement dans la section **GUÉRIR**. Enfin, certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

A) PRÉVENIR⁸

Aucun facteur de risque modifiable n'a été identifié pour le diabète de type 1⁹. Par contre, l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 suit celle de l'obésité. La prévention du diabète de type 2 passe donc par la prévention de l'obésité et demande une approche intégrée, multidisciplinaire et intersectorielle.

1.- L'intensification du soutien aux campagnes sociétales de promotion de saines habitudes de vie (saine alimentation et activité physique).

Afin d'agir sur la norme sociale ainsi que sur les connaissances et attitudes des personnes, des campagnes nationales de promotion visant l'adoption de saines habitudes de vie dont l'activité physique et l'alimentation sont en cours. Cependant des actions régionales et locales de renforcement sont nécessaires pour favoriser l'efficacité de ces campagnes.

⁷ Dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

⁸ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans ce continuum spécifique.

⁹ METZLER, S. et autres. « Clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 159 (Suppl. 8), 1998, p. 1-29.

- 2.- L'implantation d'un programme intégré, multistratégique et intersectoriel de type 0-5-30 combinaison prévention¹⁰.

Plusieurs actions se réalisent actuellement afin de favoriser la mise en place d'environnements favorisant l'activité physique. D'autres actions visant l'amélioration de la sécurité alimentaire et des politiques alimentaires sont en cours d'élaboration. Un programme intégrateur et multistratégique (programme 0-5-30 Combinaison Prévention) est actuellement en développement.

- 3.- L'amélioration de l'efficience du dépistage en ciblant mieux les personnes à risque.

Le dépistage des patients avec des facteurs de risque du diabète devrait se faire, selon les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète¹¹, aux 3 ans chez les patients de 40 ans et plus, et plus tôt chez ceux qui ont des facteurs de risque. Cependant, cette question ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique. Régionalement, l'avis de la directrice de santé publique est de s'en tenir aux normes du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs qui en fait une recommandation de niveau C (preuves insuffisantes pour inclure ou exclure l'examen médical périodique) et de s'en remettre au jugement clinique des intervenants concernant le dépistage des personnes à risque.

- 4.- L'accessibilité aux interventions favorisant l'allaitement maternel (Initiative des amis des bébés (IAB) et counselling).

On dispose de preuves de plus en plus étayées indiquant que la réduction du risque d'obésité pourrait être directement liée à la durée de l'allaitement maternel « exclusif ». Un programme régional de promotion de l'allaitement maternel, est implanté dans tous les CSSS. Une majorité d'établissements prévoient être certifiés « Amis des bébés » d'ici 2007.

B) GUÉRIR

Ce niveau d'intervention comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

¹⁰ À noter que cette piste d'action se retrouve également dans le continuum d'intervention « Maladies cardiovasculaires », dans le continuum d'intervention « Lutte contre le cancer » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

¹¹ ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU DIABÈTE AU CANADA. « Lignes directrices de pratique clinique 2003 », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 27, supp. 2, décembre 2003.

5.- L'accessibilité aux médecins de famille.

L'accueil se fait par le biais des médecins en cabinet privé, groupe de médecine familiale (GMF), CLSC ou à l'urgence. L'accès aux services médicaux est cependant à améliorer considérant qu'il y a des patients sans médecin de famille dans les territoires de CSSS.

6.- L'accessibilité aux médecins spécialistes.

La référence se fait, au besoin, à des médecins spécialistes pour la prise en charge des cas complexes et sévères et pour le dépistage des complications. Dans la mesure où la prise en charge médicale de 1^{ère} ligne est adéquate et suffisante, la référence aux médecins spécialistes devrait être facilitée lorsque requis.

7.- La clarification de la hiérarchisation des services.

Pour le traitement et l'intervention, le suivi systématique de tout patient diagnostiqué diabétique par le médecin de famille est souhaitable.

Des arrimages sont à faire entre la 1^{ère} ligne et la 2^e ligne.

8.- L'accessibilité au counselling nutritionnel intensif par des nutritionnistes.

Le counselling nutritionnel intensif est efficace pour faciliter la réduction de poids chez les personnes qui présentent des maladies associées à cette condition (hypertension, maladies cardiovasculaires, diabète, dyslipidémie, etc.). Quant au counselling alimentaire de faible et moyenne intensité et au counselling sur l'activité physique, ils n'ont pas été clairement démontrés efficaces à ce jour.

9.- L'accessibilité aux services diagnostiques pour l'identification des comorbidités et des complications.

Le dépistage des conditions comorbides (HTA, dyslipidémie, obésité) et des complications ophtalmiques, rénales, neurologiques est important parce qu'elles ont des conséquences sur l'évolution de la maladie. Les délais d'accès à l'imagerie médicale (échocardiographique, médecine nucléaire, etc.) sont à améliorer pour l'identification des comorbidités et des complications.

10.- L'application des guides de pratique clinique par tous les intervenants.

Afin d'améliorer la qualité des services, il faudrait promouvoir, à l'intérieur des CSSS et du Département régional de médecine générale, le développement des meilleures pratiques selon les consensus établis. De plus, les patients devraient être suivis par les omnipraticiens en 1^{ère} ligne (en cabinet privé, dans les GMF ou en CLSC) selon les recommandations des groupes d'experts.

11.- L'accessibilité à des services spécialisés près du domicile.

Les services de dialyse rénale, requis lors de l'apparition de l'insuffisance rénale sévère, et les services dévolus aux personnes à basse vision ou non-voyantes devraient être accessibles le plus près possible du domicile des patients.

12.- L'amélioration de la continuité des services à l'aide d'outils de partage d'information.

L'utilisation du dossier unique et d'un registre des patients diabétiques (tel qu'utilisé dans le programme PRIISME, par exemple) semble un moyen utile pour faciliter une continuité dans la prise en charge et le suivi des patients.

C) SOUTENIR

La piste d'action suivante est reliée à la fois au niveau d'intervention **GUÉRIR** et **SOUTENIR**.

13.- L'accès, en 1^{ère} ligne, via un intervenant pivot à une équipe multidisciplinaire dans une perspective de responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement.

Des cliniques d'enseignement sur le diabète reposant sur une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, pharmacien, psychologue, travailleur social) avec une approche clinique favorisant l'autonomie de la clientèle devraient être présentes dans tous les CSSS. Ces cliniques améliorent le contrôle du diabète chez les patients.

RÉRÉFENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU DIABÈTE AU CANADA. « Lignes directrices de pratique clinique 2003 », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 27, supp. 2, décembre 2003.

AUCOIN, Léonard, Véronique ALLAIRE, Annie-Ève GRATTON et autres. « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois », *PRIISME Info*, édition spéciale, mars 2005.

CHOINIÈRE, R., D. SAINT-LAURENT, M. BEAUPRÉ. « Surveillance de la morbidité au Québec 1977-1998 », *Collection analyses et surveillance*, no 14, mars 2001.

DIABÈTE QUÉBEC. *Vivre avec le diabète*, Montréal, Diabète Québec,
site http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/monde/html/portrait.html

MED-ECHO, CD Explorateur, DRG 2000-2001.

METZLER, S. et autres. « Clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 159 (Suppl. 8), 1998, p. 1-29.

SANTÉ CANADA. *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1999.