

Diabète en médecine de premier recours

Ateliers
mercredi 16 mars 2011
8h-10h



Dre A.Slama-Chaudhry, cdc

Service de médecine de premier recours (SMPR), DMCPUR

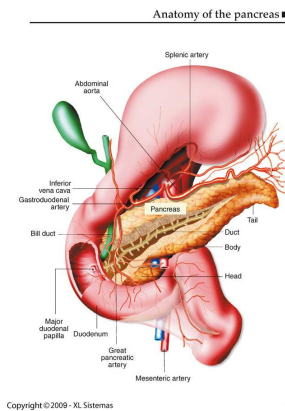
Dre C.Tran, cdc

Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, DMI

Prof. A.Golay, Dr Z.Pataky, cdc

Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques (SETMC), DMCPUR

Le diabète en médecine de premier recours...



Diabète en médecine de premier recours

- Fréquent (prévalence DM en Suisse 4%)
- Prise en charge complexe (multidisciplinarité)
- Possibilité de prévenir les complications
- Chronicité

Diabète en médecine de premier recours

- Rôle important du patient dans son auto-prise en charge
- Rôle important du MPR dans le dépistage, le tt et le suivi des patients diabétiques
- Recommandations à disposition

Recommandations à disposition: American Diabetes Association

Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes—2011

Current criteria for the diagnosis of diabetes:

- HbA_{1c} ≥ 6.5% (measured in a laboratory using a method that is certified to the National Glycohemoglobin Standardization Program [NGSP]-certified, standardized to the reference method and standardized to the reference method)
- Fasting plasma glucose (FPG) ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L) on two occasions on two different days or
- 2-h plasma glucose (2-h PG) ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) on one occasion during an oral glucose tolerance test (OGTT). The test should be performed in a laboratory that is certified to the NGSP. Symptoms of hyperglycemia must be present.
- In a patient with classic symptoms of hyperglycemia or hyperglycemic crisis, a random plasma glucose (RPG) ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) is sufficient for diagnosis. Symptoms must also be confirmed by repeat testing.

Testing for diabetes in asymptomatic persons:

- Testing to detect type 2 diabetes and prediabetes in asymptomatic persons should be considered in adults of any age who are overweight or obese (BMI ≥ 30 kg/m²) and who have one or more additional risk factors for diabetes (see Table 1 for the complete list of risk factors). Testing should be considered in adults who have one or more additional risk factors for diabetes (see Table 1 for the complete list of risk factors).
- If the test is normal, repeat testing can occur at a later date (see Appendix 1).
- If the test for diabetes or a state of prediabetes is abnormal, repeat testing is not necessary unless the patient has symptoms or other risk factors for diabetes (see Table 1 for the complete list of risk factors).
- If the test for diabetes or a state of prediabetes is abnormal, repeat testing is not necessary unless the patient has symptoms or other risk factors for diabetes (see Table 1 for the complete list of risk factors).

Diagnosis of type 1 diabetes:

- Patients with classic symptoms of hyperglycemia and a random plasma glucose (RPG) ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) should be referred to an endocrinologist for further evaluation and management.
- Patients with classic symptoms of hyperglycemia and a random plasma glucose (RPG) ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) should be referred to an endocrinologist for further evaluation and management.

Diagnosis of gestational diabetes:

- Patients with classic symptoms of hyperglycemia and a random plasma glucose (RPG) ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) should be referred to an endocrinologist for further evaluation and management.

Recommandations à disposition: GSLSA

Figure 2
Schéma surse pour le traitement du diabète de type 2:
• Approche équilibrée;
• surtout en cas d'insuffisance rénale;
• en cas de risque d'hypoglycémie, d'insuffisance rénale, d'insulinorésistance sévère, ou pour empêcher une prise de poids (voir tableau 1 pour de détails).

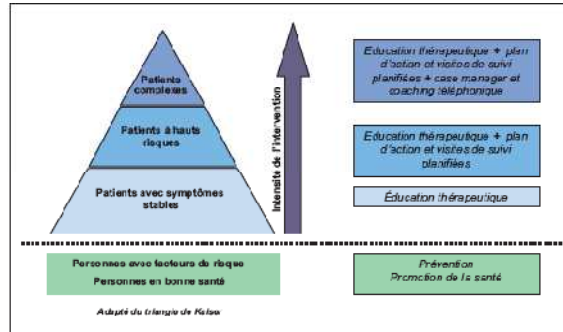
Recommandations à disposition: Stratégies du SMRP

Stratégies et recommandations

Stratégies

1. Lombalgie aigue 2010 (PDF)
2. Sinusites 2010 (PDF)
3. Diabète de type 2 2010 (PDF)
4. Maladie des voies respiratoires supérieures chez l'adulte 2010 (PDF)
5. Douleurs aigues 2010 (PDF)
6. Infections urinaires 2010 (PDF)
7. Fièvre au retour d'un voyage tropical 2010 (PDF)
8. Les urinaires 2010 (PDF)
9. Hypertension artérielle 2010 (HTA) (PDF)
10. Problème d'alcool 2010 (PDF)
11. Toux chronique 2010 (PDF)
12. Colique néphrétique 2010 (PDF)
13. Dysplasie 2010 (PDF)
14. Fibrillation auriculaire 2010 (PDF)
15. Insuffisance cardiaque chronique (PDF)
16. Anémies (PDF)
17. Thrombose veineuse profonde 2010 (PDF)

Stratification de la prise en charge en fonction de la sévérité de la maladie et des besoins des patients



Peytremann-Bridevaux I, Burnand B., *Prévention et Prise en Charge des Maladies Chroniques: Une Approche Applicable en Suisse*, Bulletin des Médecins Suisses, 2009;90(32):1217-21

La prise en charge moderne du diabète... (et d'autres affections chroniques)

Repose sur les éléments suivants:

1. Le suivi des recommandations
2. L'importance d'une collaboration multidisciplinaire
3. Le rôle clé du patient dans l'élaboration d'un projet thérapeutique

La prise en charge moderne du diabète... 3 ateliers

- Atelier 1:** rôle du **MPR**, outils à disposition au SMPR pour la prise en charge dg et tt, en suivant les guidelines
importance de l'équipe multidisciplinaire
- Atelier 2:** soutien que **le spécialiste diabétologue** peut amener dans l'application des recommandations
- Atelier 3:** importance de construire un projet centré sur le patient, en collaboration avec le **spécialiste en ETP**

Le diabète et le médecin de premier recours

Atelier 20 min

Diabète en médecine de premier recours...

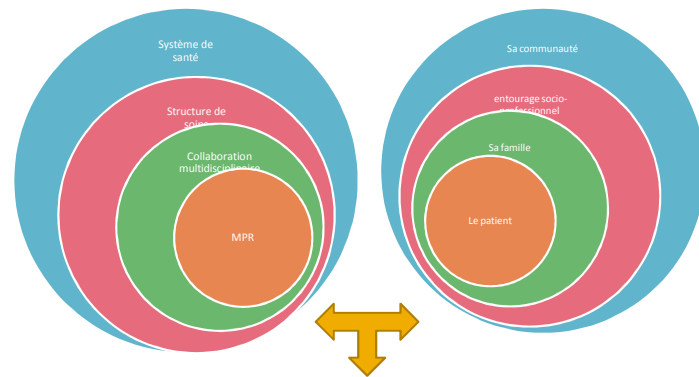


Une médecine centrée sur le patient

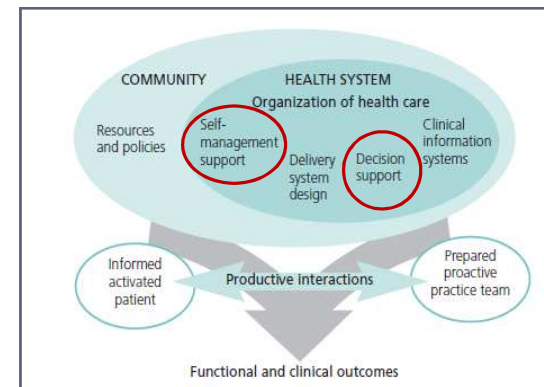
“Patient centered medicine is ... health care that establishes a **partnership** among practitioners, patients, and their families (when appropriate) to ensure that **decisions respect** patients’ wants, needs, and preferences and that patients have the **education and support** they need to make decisions and participate in their own care.”

Institute of Medicine, *Envisioning the National Health Care Quality Report* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2001)

Diabète en médecine de premier recours...



Chronic Disease Management Programs: The Chronic Care Model (CCM)



Reproduced with permission of the American College of Physicians
Wagner, E.H., *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?* *Eff Clin Pract*, 1998, 1(1): p. 2-4.

Chronic Disease Management Programs

- The Chronic Care Model (1998)
- The Kaiser Permanente Pyramid of care
- The NHS and Social Care Long Term Conditions Model

Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner E., *Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium, Health Affairs 28, no. 1 (2009): 75-85; 10.1377/hlthaff.28.1.75*

Singh D, Ham C., *Improving Care for People with Long-term Conditions, a Review of UK and International Frameworks*, Birmingham 2006

Webb M, Howson H., *International Overview of the Evidence on Effective Service Models in Chronic Disease Management*, 2006

Tsai, A.C., et al., *A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care, 2005, 11(8): p. 478-488.*

Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (database on the internet). Cochrane database of sytematic reviews no1. 2002

Chronic Disease Management Programs: The Chronic Care Model (CCM)

1. Community linkages

- A. For patients
- B. For community

2. Health systems support

- A. Leadership support
- B. Provider participation
- C. Coherent system improvement and spread

3. Self-management support strategies

- A. Patient education
- B. Patient activation/psychosocial support
- C. Self-management assessment
- D. Self-management resources and tools
- E. Collaborative decision making with pts.
- F. Guidelines available to patients

4. Delivery system redesign

- A. Care management roles
- B. Team practice
- C. Care delivery/coordination
- D. Proactive follow-up
- E. Planned visit
- F. Visit system change

5. Decision support

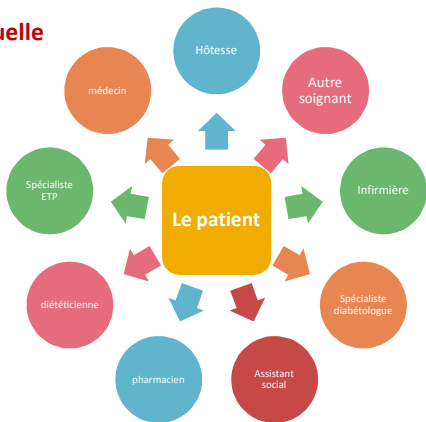
- A. Guideline institutionalization and prompts
- B. Provider education
- C. Expert consultation support

6. Information support

- A. Patient registry system
- B. Use of information for care management
- C. Feedback of performance data

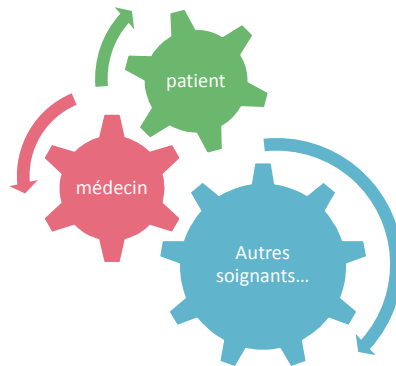
Les acteurs de la prise en charge d'un patient diabétique

Situation actuelle au SMPR



Evolution vers une amélioration du processus de soins?

Projet de service visant à améliorer la qualité de la prise en charge des patients diabétiques du SMPR



TAKE HOME MESSAGES...

- **Connaître les recommandations (cf atelier MPR)**
- **Mettre en pratique les guidelines (cf atelier spécialiste diabétologue)**
- **Encourager la “DSME: Diabetes Self-Management Education” (cf atelier spécialiste ETP)**

TAKE HOME MESSAGES...

« Intégrer **l’empowerment du patient** comme une caractéristique essentielle de la médecine de premier recours, dans la définition de la WONCA 2002 »

Ernesto Mola (2008)

Mola E, De Bonis JA, Giancane R. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. Eur J Gen Pract. 2008;14(2):89-94