

Evolution des soins en diabétologie

1

DE WILDE AURORE

- ✓ *Educateur en diabétologie*
- ✓ *Infirmière ayant une expertise particulière en diabétologie*

PLAN

2

- Introduction
- Bref historique
- Evolution du matériel
- Evolution des traitements
- Nouveau concept en soins à domicile : le trajet de soins
- Nouveau rôle infirmier en diabétologie en soins à domicile
- Conclusions

INTRODUCTION

- La profession et la pratique infirmières ont suivi l'évolution de la médecine et de la science mais aussi celles de la société. Il est demandé à l'infirmière d'approfondir ses connaissances et aussi d'acquérir de la technicité qui évoluent sans cesse.
- Je suis infirmière en soins à domicile dans la région de Charleroi depuis plus de 30 ans, j'ai suivi de nombreuses formations dont celle en diabétologie ; ce cursus m'a permis d'obtenir la qualification professionnelle d'infirmière ayant une expertise particulière en diabétologie.
- Dans notre région, le fonctionnement en réseau nous permet de travailler à domicile en pluridisciplinarité. Cette collaboration efficace entre les différents prestataires de soins nous a permis en 2009 d'adhérer facilement au **projet pilote trajet de soins diabète**.
- J'aborderai pour commencer un peu d'historique car le matériel, les traitements et la prise en charge des patients diabétiques ont énormément évolué ce dernier siècle.
- Cette philosophie n'était pas de vigueur au début de ma carrière, l'infirmière à domicile réalisait les soins du patient (insulines, soins de plaies) sous les ordres du médecin sans aucune collaboration et n'avait bien souvent pas droit au chapitre.

INTRODUCTION (suite)

4

- Au fil du temps, avec l'accumulation des connaissances sur cette pathologie il s'est avéré primordial pour le succès d'une bonne prise en charge **d'informer et d'éduquer le patient diabétique.**
- Transmission de savoir, passation de pouvoirs, l'éducation du malade a une importance vitale.
- Pour des soins efficaces → **importance de la collaboration patients- soignants**
- L'avis de tous les professionnels de la santé pour une bonne prise en charge de son diabète est que **le patient doit être autonome, il est l'acteur principal de sa pathologie.**

HISTORIQUE

5

- Moitié du 20^{ème} siècle, suite aux travaux de Claude Bernard, on sait qu'une maladie pancréatique est en cause dans la genèse du diabète
- L'insuline est isolée, on ne doit plus mourir de carence insulinique aigue
- L'injection d'insuline doit être quotidienne
- 1932 à Londres fondation de la « British Diabetic Association » début d'une autre pratique de soins fondée sur l'échange d'informations et de savoir-faire
- 1942 création de l'ABD
- La seconde guerre mondiale, facteur déclenchant des associations francophones par crainte de non approvisionnement d'insuline
- Lecteurs de glycémie « timing » surveillance du temps
- Lecteurs de glycémie « wiping » essuyer ou rincer la goutte de sang

HISTORIQUE

6

- 1975-1980 auto-surveillance glycémique facilitée et réalisable par le patient
- 1988 « no timing no wiping » chronomètre incorporé au lecteur et plus besoin d'essuyer la goutte de sang
- Dosage de l'hémoglobine glycosylée → ère de la prévention pratique et réalisable des complications
- Qualité de vie fait place à la survie
- A partir de 1985 les médecins prennent conscience de l'obligation multidisciplinaire dans l'éducation → implication des paramédicaux

HISTORIQUE (suite)

7

- Les soignants non médecins voient leurs fonctions et leurs rôles élargis par des missions pédagogiques nouvelles
- Véritable révolution en médecine
- Regroupements de nombreuses associations professionnelles (ALFEDIAM, ABD)
- Déclaration de Saint Vincent → amélioration des conditions de vie des diabétiques → réorganisation de l'accès aux soins → remise en question des concepts et pratiques
- Les patients insulino-requérants sont mieux suivis mais sont les moins nombreux
- Agir au quotidien pour préserver le long terme
- Nécessité d'obtenir la participation active des patients
- Une méthode obligatoire : l'information - l'éducation
- 2009 nouveau concept de prise en charge : le trajet de soins

MATÉRIEL

8

- En 1961, Becton-Dickinson met sur le marché la seringue à usage unique
- En 1966, Holdrege ouvre la plus grande usine de seringues à insuline du monde au Nebraska
- En 1979, le système Derma-Ject est mis sur le marché (pas d'aiguille)
- En 1985, le stylo Novopen, développé par Novo Nordisk est disponible
- En 2000, le lecteur de glycémie plus perfectionné fait son apparition
- De nos jours, de nombreux lecteurs de glycémie de plus en plus perfectionnés sont à la disposition du patient

TRAITEMENT

9

- En 1922, injection d'insuline
- En 1922, description de la metformine
- En 1923, fondation de Novo Nordisk
- En 1930, recherche pour essayer de prolonger la durée d'action de l'insuline
- En 1942, découverte des sulfamides
- En 1952, insuline lente
- En 1988, mise sur le marché des glinides
- Les incrétino-mimétiques

TRAITEMENT (suite)

10

- Aujourd'hui, les traitements sont multiples :
 - *Sulfamides (Amarylle, Unidiamicron, Daonil, Glurenorm)*
 - *Glinides (Novonorm)*
 - *Biguanides (Glucophage, Metformax)*
 - *Glitazones (Avandia, Actos)*
 - *Biguanides + Glitazones (Avandamet)*
 - *Insulines humaines*
 - ↔ rapide (Actrapid, Regular)
 - ↔ intermédiaire (Insulatard, NPH)
 - *Insulines analogues*
 - ↔ ultrarapide (Novorapid, Humalog, Apidra)
 - ↔ lente (Levemir, Lantus)
 - *Glucagon like peptide ou GLP1 (Januvia, Galvus) per os, en injections : Byetta, Victoza*
 - *Nouveaux traitements : Gliptines, Glifozines et Byetta - LAR*



LE TRAJET DE SOINS

11

Nouveau concept de soins partagés (shared care), c'est une **prise en charge structurée de soins pour les patients atteints d'une affection chronique** comme le diabète.

Objectifs

- Organiser, coordonner et planifier la prise en charge, le traitement et le suivi du patient en fonction de sa situation spécifique
- Stimuler le dialogue avec le patient afin qu'il comprenne et suive au mieux sa maladie, grâce à l'élaboration d'un plan de suivi
- Optimisez la qualité des soins
- Assurer un suivi et un traitement sur base de recommandations de bonne pratique
- Avantager le patient
- Optimiser l'autogestion du patient
- Maintenir une HbA1C < 7,5%
- Eviter les complications graves

LE TRAJET DE SOINS (suite)

12

Critères d'inclusion

- Etre atteint de diabète de type 2
- **Suivre un traitement à l'insuline (1 ou 2 injections/ jour)**

OU

- **Prévoir de passer d'un traitement oral insuffisant à un traitement à l'insuline**

OU

- **Débuter ou suivre un traitement par incrétinomimétiques**
- Pouvoir se rendre aux consultations médicales
- Faire gérer son dossier médical global par le médecin généraliste signant le contrat trajet de soins

EVOLUTION DE LA RECONNAISSANCE D'INFIRMIER EN DIABÉTOLOGIE

13

- En Belgique, depuis 1994, le conseil infirmier et de nombreux membres de l'ABD se battent pour que le titre d'éducateur en diabétologie soit reconnu
- Le 20 février 2012, arrêté ministériel fixe les critères d'agrément concernant la qualification professionnelle
- Les éducateurs travaillant en institution ou en soins à domicile qui ont suivi une formation de 150 h sont donc reconnus comme :

« Infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie »

Pour garder sa qualification, l'infirmière doit suivre une formation permanente relative à la diabétologie de minimum 60 heures effectives par période de 4 ans.

LE TRAJET DE SOINS (suite)

14

L'éducation au diabète

- Un traitement optimal du diabète commence par une adaptation du mode de vie. Le patient joue un rôle important, chaque jour il doit prendre des petites et grandes décisions influant sur sa maladie.
- De plus, il devra assumer ce processus tout au long de son existence ; pour cette raison, l'éducation à des soins autonomes optimaux est un élément important de l'accompagnement des patients diabétiques.
- C'est lorsqu'elle est dispensée par différents professionnels des soins de santé de manière coordonnée « soins partagés » que l'éducation au diabète est la plus efficace.
- Plus les modifications du mode de vie sont drastiques et plus les formes de thérapie sont complexes, plus il sera difficile d'atteindre l'objectif.

LE TRAJET DE SOINS (suite)

15

Les rôles de l'éducateur

- Promouvoir l'autonomie, le bien-être, la responsabilité individuelle et la prise de décision éclairée
- Etablir un système d'accompagnement accessible et flexible
- Donner au patient une éducation personnalisée
- Apprendre au patient à vivre avec sa maladie et à mieux la comprendre
- Apprendre à prévenir et traiter les hypo-hyperglycémies
- Lui expliquer l'effet des médicaments sur sa glycémie
- Apprendre la technique d'injection ainsi que le mode d'action de l'insuline
- Apprendre à mesurer la glycémie
- Choisir le lecteur le mieux adapté avec le patient
- Lui expliquer les assurances vie, le permis de conduire



LE TRAJET DE SOINS (suite)

16

- L'éducation au domicile du patient est possible grâce au dévouement et à la collaboration des secrétaires du RLM (réseau local multidisciplinaire), celles-ci se sont chargées des contacts entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste ; la mutuelle a accordé le trajet de soins et l'éducateur peut se rendre chez le patient pour commencer ses séances.
- Les firmes pharmaceutiques collaborent en nous donnant de la documentation destinée au patient concernant tous les domaines du diabète (hypo, hyper, activité physique, voyages...)

CONCLUSIONS

17

- Le trajet de soins étant un nouveau concept, il est essentiel de travailler en collaboration avec les autres acteurs de terrain, dans le respect et la reconnaissance des compétences et des connaissances de chacun
- Le trajet de soins doit être centré sur le patient en vue de l'optimisation de sa prise en charge en ciblant son autonomie et non sa dépendance
- Les patients non insulinorequérants sont soutenus dans le trajet de soins
- Le patient est éduqué dans son contexte de vie habituel (plus pertinent)
- Dans notre région, nous travaillons en réseau (FAGC, CREPIC, SISD, SCSAD, RLM) notion de **MULTIDISCIPLINARITÉ**
- Nous nous réunissons pour le coaching avec certains prestataires des institutions (infirmières éducateurs, médecins généralistes et spécialistes) donc, collaboration intra et extra-muros
⇒ nouveau concept

CONCLUSIONS (suite)

18

- Le statut d'infirmier éducateur en diabétologie en soins à domicile est privilégié, nous rencontrons le patient chez lui, dans ses habitudes, nous devons établir une relation de confiance en vue qu'il prenne en charge sa pathologie d'une manière plus éclairée et qu'il soit plus autonome.
- C'est une grande évolution dans notre métier, nous sommes reconnus par l'INAMI en tant qu'infirmier ayant une expertise particulière avec tout ce que cela comporte, spécificité de notre profession, reconnaissance de notre statut de professionnel et de nos compétences et confiance des médecins et spécialistes.
- L'infirmière a toujours eu une position particulière auprès du patient, en diabétologie à domicile elle essaye de créer un climat de confiance plus facilement réalisable dans son environnement qu'en institution .
- La prescription infirmière (lecteur de glycémie)
- Evolution : consultation-prévention-éducation-prescription-reconnaissance de nos compétences

Merci de votre attention