

Module III- 1

Gestion autonome

Contexte

La gestion autonome est la pierre angulaire des soins du diabète. Pour obtenir des résultats optimaux, il est indispensable que la personne atteinte de diabète aie la volonté et la capacité de gérer sa condition au quotidien, tout au long de sa vie. Il est important que les professionnels de la santé soient conscients de l'impact psychologique, émotionnel et économique du diabète dans le cadre de l'éducation au diabète et des soins. Si les progrès aux niveaux des soins et de la technologie donnent aux personnes atteintes de diabète davantage d'outils pour gérer leur condition, ils accentuent également la pression et multiplient les attentes.

Les personnes atteintes de diabète sont en droit d'attendre des soins de qualité de la part de professionnels expérimentés dûment formés, une approche centrée sur le patient et un accès aux services, à l'équipement, aux fournitures médicales et à l'hospitalisation le cas échéant.

Les personnes atteintes de diabète ont la responsabilité de gérer leur condition au quotidien, de communiquer régulièrement avec les professionnels de la santé qui les prennent en charge et de demander conseil lorsque cela s'avère nécessaire. Dans la mesure du possible, l'auto-surveillance de la glycémie doit faire partie intégrante d'un programme de gestion autonome.

Les professionnels de la santé doivent surveiller le taux d'HbA_{1c}, la glycémie à jeun et postprandiale et définir des valeurs cibles en collaboration avec chaque personne atteinte de diabète. Pour atteindre les taux de glycémie visés, un partenariat étroit est nécessaire entre la personne atteinte de diabète et une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé.

L'étude DAWN (*Diabetes Attitudes, Wishes and Needs*) a révélé que les personnes soumises à un stress psychologique au moment du diagnostic éprouvaient plus de difficultés à gérer leur condition de façon autonome et à avoir confiance en leurs capacités pendant une période pouvant atteindre 15 ans.

Un moment important dans la gestion autonome est la transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes. Ce processus est souvent mal géré à la fois par les professionnels de la santé et par les jeunes. Voir aussi les modules : I-2, *Gestion en équipe* ; I-4, *Approches psychosociales et comportementales* ; IV-1, *Le diabète chez les enfants et les adolescents*.

Buts

- Améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le diabète (le but premier des soins du diabète).
- Permettre aux participants de comprendre :
 - la condition du point de vue de la personne atteinte de diabète
 - les coûts personnels
 - les coûts économiques
 - les coûts psychosociaux
 - les compétences associées à une gestion autonome efficace dès le jour du diagnostic
 - les moyens de faciliter l'accès aux services
 - les moyens de faciliter la transition des soins pour enfants vers les soins pour adolescents puis pour adultes
 - les besoins spéciaux des personnes âgées.
- Sensibiliser les participants à la nécessité de défendre les droits des jeunes atteints de diabète afin de limiter la discrimination à l'école, sur leur lieu de travail et dans leur vie quotidienne.

Objectifs

Au terme de ce module, le participant sera capable de :

- Expliquer l'impact du diabète sur la vie.
- Accepter que la gestion autonome soit un processus à vie pour les personnes atteintes de diabète.
- Promouvoir les soins autonomes en tant que partie intégrante d'une gestion efficace.
- Aider les personnes atteintes de diabète à développer des compétences en termes de comportements liés aux soins autonomes qui soient adaptés à leurs besoins, comme la surveillance des taux de glucose dans le sang et dans les urines, l'examen et les soins des pieds, la consultation annuelle de dépistage des complications.
- Reconnaître et évaluer les obstacles aux soins autonomes, notamment les inquiétudes et questions psychosociales.
- En concertation avec la personne atteinte de diabète, définir des objectifs personnels par rapport au traitement – notamment le taux de glycémie, les taux de lipides sanguins, la pression artérielle, l'HbA_{1c}, la planification des repas et l'activité physique.
- Adopter une approche de l'éducation et de la gestion personnalisée en fonction des besoins de chacun.
- Reconnaître que chaque personne gère son diabète de façon différente.
- Préparer les jeunes à passer des soins pédiatriques à un environnement de soins pour adultes.
- Faire comprendre aux personnes atteintes de diabète l'importance d'un contact régulier à la fois avec le médecin et les autres membres de l'équipe de soins et la nécessité de mettre régulièrement à jour leurs connaissances et leurs compétences.

- Être conscient de l'importance de soutenir la gestion autonome de façon permanente chez toutes les personnes atteintes de diabète.
- Identifier comment le professionnel de la santé peut évaluer les compétences d'une personne en termes de gestion autonome ainsi que les résultats de cette gestion autonome – notamment la qualité de vie, la satisfaction du patient et la réalisation des objectifs fixés en termes de gestion du diabète.
- Aider les personnes atteintes de diabète à prendre confiance en leur capacité à défendre leurs droits dans leurs contacts avec les professionnels de la santé et dans leur vie quotidienne.

Stratégies d'enseignement

Apprentissage par l'expérience : expérience pratique avec les glucomètres et le matériel d'injection d'insuline
 Discussion avec une personne atteinte de diabète
 Participation à un camp du diabète

Temps suggéré

1-2 heures

Profil du/des formateur(s)

Educateur en diabète, personne atteinte de diabète, organisation membre locale

Evaluation des apprentissages

Discussion en groupe sur l'apprentissage par expérience

Références

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31: S12-S54.

Anderson RM, Funnell MM. *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*. American Diabetes Association. Alexandria, 2000.

Bergenstal R, Callahan T, Johnson M, et al. Management principles that most influence glycemic control: a follow up study of former DCCT participants. *Diabetes* 1996; 45 (Suppl 2): 124A.

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diab* 2003; 27(suppl 2).

Ceriello A, Hanefeld M, Leiter L, et al. Postprandial glucose regulation and diabetic complications. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2090-5.

IDF Clinical Guidelines Task Force. *Guideline for management of postmeal glucose*, International Diabetes Federation. Brussels, 2007.

IDF Clinical Guidelines Task Force. *Global guideline for type 2 diabetes*. International Diabetes Federation. Brussels, 2005.

Jones H, Edwards L, Vallis TM, et al. Changes in diabetes self-management behaviors make a difference in glycemic control: the Diabetes Stages of Change (DiSC study). *Diabetes Care* 2003; 26: 732-7.

Du contenu détaillé pour ce module est disponible en anglais sous forme de présentation PowerPoint à www.idf.org