

# ► Standards internationaux pour l'éducation au diabète

Troisième édition



unis pour le diabète



Fédération Internationale du Diabète

La Fédération Internationale du Diabète a pour mission de promouvoir les soins, la prévention et le traitement du diabète à travers le monde.

© Fédération Internationale du Diabète, 2009

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être reproduit ou transmis sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation écrite préalable de la Fédération Internationale du Diabète (FID).

Les demandes de reproduction ou de traduction des publications de la FID doivent être adressées à FID, Département Communications, Chaussée de la Hulpe 166, B-1170 Bruxelles, Belgique, par e-mail à [communications@idf.org](mailto:communications@idf.org) ou par fax au numéro +32-2-5385114.

La première édition des Standards internationaux pour l'éducation au diabète a été publiée en 1997. Ce document est une révision de la deuxième édition, publiée en 2003.

**Cette édition des Standards internationaux pour l'éducation au diabète est disponible sous forme imprimée en anglais et en turc, et sur CD-ROM en anglais, français, espagnol, arabe, russe, chinois et turc. Vous pouvez commander votre copie via la boutique en ligne de la FID à [www.idf.org/bookshop](http://www.idf.org/bookshop).**

Vous pouvez obtenir cette publication ainsi que d'autres publications de la FID à l'adresse suivante :

Fédération Internationale du Diabète

Chaussée de la Hulpe 166

B-1170 Brussels

Belgique

Tél: +32-2-5385511

Fax: +32-2-5385114

[www.idf.org](http://www.idf.org)



Fédération Internationale du Diabète

## ► Sommaire

► Avant-propos .....	4
► Introduction .....	6
► Éléments des Standards internationaux pour l'éducation au diabète .....	10
► Standards relatifs à la structure .....	11
► Standards relatifs au processus .....	20
► Standards relatifs aux résultats .....	26
► Références .....	31
► Glossaire .....	32

## ► Avant-propos

Ce document constitue une révision des Standards internationaux pour l'éducation au diabète, publiés en 2003 par la Section consultative sur l'éducation au diabète de la Fédération Internationale du Diabète (FID). Cette édition s'appuie non seulement sur les précédentes versions des Standards, mais également sur la littérature scientifique publiée récemment dans les domaines éducatifs, comportementaux et psychosociaux, sur les commentaires et les réactions des éducateurs en diabète des pays développés et en développement par rapport à leur expérience des Standards, ainsi que sur les standards en matière d'éducation au diabète publiés à travers le monde. Nous estimons dès lors que ces Standards reflètent les connaissances et la pratique actuelles en matière d'éducation au diabète.

L'éducation et le soutien continu à la gestion autonome du diabète sont essentiels pour garantir des soins efficaces et jouent un rôle déterminant en termes de conséquences métaboliques et psychologiques. Ces Standards visent à mettre en place une assise solide qui permettra d'assurer que l'éducation et le soutien reçus par les personnes atteintes de diabète ou à risque de le développer sont de qualité optimale. Nous ne nous attendons pas à ce que les services de diabète soient en mesure de respecter l'ensemble des critères recommandés, mais espérons simplement que ces Standards internationaux pour l'éducation au diabète serviront de guide pour le développement et l'amélioration continue de l'éducation et du soutien à la gestion autonome du diabète. Les nombreuses personnes de par le monde qui vivent avec le diabète au quotidien ne méritent pas moins.

**Martha M Funnell, MS, RN, CDE**

Présidente, Comité de révision des Standards

Toute personne atteinte de diabète, quelle que soit l'endroit où elle vit, a droit à une éducation au diabète de qualité dispensée par des cliniciens qualifiés. Destiné à servir de base pour le développement de services d'éducation au diabète de qualité, ce document vise à guider le prestataire de soins dans des domaines tels que la direction, la communication, la documentation, la nécessité d'une éducation professionnelle continue, les exigences physiques liées à la fourniture de services, l'évaluation et la recherche. Les standards présentés sont étayés par des données probantes et détaillées et doivent servir de références pour l'évaluation de la qualité des soins prodigués par des organisations et cliniciens individuels. Alors que certains indicateurs exigent des processus plus formels ne faisant pas partie de la pratique courante dans certains pays, les cliniciens ne doivent cependant pas s'inquiéter si ces standards ne sont pas respectés ; ce qui compte, c'est l'esprit dans lequel ces standards sont rédigés. Notre objectif ultime est de réduire le fardeau qui pèse sur les personnes atteintes de la condition, leur famille, les communautés et les systèmes de soins de santé.

J'accueille avec plaisir ces nouveaux Standards internationaux pour l'éducation au diabète et pense que ce document devrait s'avérer extrêmement précieux en vue d'aider les prestataires de soins du monde entier à mettre en place des services d'éducation au diabète, à les évaluer et à les améliorer. Je voudrais remercier tout particulièrement Martha Funnell et Helen McGuire, pour leur travail en tant que rédactrices en chef, et leur efficace groupe de travail. Je voudrais également étendre mes remerciements au groupe éclectique de professionnels de la santé du monde entier qui nous ont transmis leurs commentaires, permettant à ce document de revêtir un caractère véritablement international.

**Marg McGill, RN, MSc (med)**

Vice-présidente, FID

Présidente, Section consultative sur l'éducation au diabète de la FID 2000-2009

## ► Introduction

L'objectif initial de ce document est de promouvoir une éducation à la gestion autonome du diabète (DSME, diabetes self-management education) et un soutien continu à la gestion autonome du diabète (DSMS, diabetes self-management support) de qualité pour les personnes atteintes de diabète ou à risque de le développer à travers le monde.

## ► Notre credo

Nous croyons que toute personne atteinte de diabète ou à risque de le développer a le droit de recevoir une DSME et des soins de qualité. Par conséquent, les pays et régions se doivent d'adopter une approche proactive en faisant de l'éducation à la gestion autonome du diabète de qualité une priorité dans leurs programmes nationaux.

Le but de la DSME et du DSMS continu est de préparer les personnes atteintes de diabète à prendre des décisions éclairées, à faire face aux exigences inhérentes à toute maladie chronique complexe vécue au quotidien, et à adapter leur comportement de manière à soutenir leurs efforts de gestion autonome et à améliorer les résultats. L'objectif ultime est d'alléger le fardeau qui pèse sur les personnes atteintes de diabète, leur famille, les communautés et les systèmes de soins de santé, et de prévenir ou retarder l'apparition du diabète ou des complications à long terme associées en encourageant une vie saine.

## ► Objectifs

Les objectifs à long terme des Standards internationaux pour l'éducation au diabète sont les suivants :

- Alléger le fardeau qui pèse sur les personnes atteintes de diabète ou à risque de le développer, ainsi que sur leur famille et/ou les personnes leur apportant du soutien
- Optimiser l'accès et l'égalité des personnes atteintes de diabète en matière de DSME et de DSMS
- Réduire la charge économique du diabète au niveau individuel et sociétal
- Accroître la capacité des pays à répondre à l'épidémie mondiale du diabète
- Renforcer la sensibilisation du public au diabète afin de réduire la discrimination et de promouvoir des communautés saines
- Faciliter l'intégration d'une DSME et d'un DSMS continu de qualité dans les soins du diabète

Notre espoir est que les Standards internationaux pour l'éducation au diabète aideront les individus, les organisations et les décideurs politiques à :

- ▶ participer à la planification de services de gestion autonome du diabète
- ▶ hiérarchiser et optimiser l'allocation des ressources
- ▶ étayer les arguments et les efforts de sensibilisation en vue de soutenir le financement et la reconnaissance de la DSME en tant que partie intégrante des soins du diabète
- ▶ guider la conception et l'adaptation des systèmes afin d'intégrer la DSME et le DSMS continu dans les soins du diabète
- ▶ offrir une référence pour l'évaluation de la qualité des soins et de l'éducation proposés par des organisations et des éducateurs en diabète individuels
- ▶ procurer les bases pour l'accréditation d'organisations et aider les éducateurs en diabète individuels à acquérir les compétences et les références professionnelles requises
- ▶ identifier les compétences nécessaires pour les personnes dispensant la DSME
- ▶ fournir une base pour l'évaluation et l'amélioration continues de l'éducation au diabète et des services de soins
- ▶ mettre en place une structure ou un cadre pour la mise sur pied ou le développement des services de DSME et de DSMS
- ▶ établir une structure ou un cadre pour augmenter le nombre de personnes habilitées à dispenser une DSME et un DSMS continu.

### Portée

Les standards présentés dans ce document reflètent la mission et la philosophie de la Section consultative sur l'éducation au diabète de la FID. Ces Standards internationaux pour l'éducation au diabète n'ont pas l'intention de se substituer aux standards régionaux ou nationaux existants. Les régions ou pays qui ont développé leurs propres standards doivent continuer d'appliquer ceux-ci, mais pourraient décider d'intégrer certains éléments des Standards internationaux pour l'éducation au diabète.

Par ailleurs, ces Standards ne constituent en aucun cas un mode d'emploi pour le développement de programmes, mais fournissent un cadre basé sur des données probantes sur lequel s'appuyer pour créer des services de DSME et de DSMS de qualité et développer des indicateurs d'évaluation de la qualité. Les régions ou pays où l'éducation au diabète officielle est un service relativement nouveau, ou où les ressources disponibles pour soutenir la DSME et le DSMS sont limitées, peuvent par exemple choisir de se concentrer dans un premier temps sur un domaine bien précis au moment de développer des services d'éducation au diabète et tendre peu à peu vers la création d'un programme éducatif complet. Ainsi, certains services de DSME commencent par créer la structure de leurs programmes, tandis que d'autres dispensent une éducation et s'appuient sur les résultats et les mesures de qualité pour développer d'autres structures de programme et processus.

Ces standards ne procurent pas un programme de cours particulier ou le contenu des programmes de DSME. Le programme de cours et le contenu doivent être fonction des besoins identifiés au sein de la population concernée et être développés et proposés de manière à atteindre les standards relatifs aux résultats.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le Programme international de cours pour l'éducation au diabète des professionnels de la santé, disponible gratuitement sur le site [www.idf.org](http://www.idf.org) ou auprès du bureau exécutif de la FID (166 Chaussée de la Hulpe, 1170 Bruxelles, Belgique).



## Données probantes

Les Standards internationaux pour l'éducation au diabète reposent sur les données probantes disponibles concernant la DSME, le DSMS et le changement de comportement.<sup>1</sup> Ces données probantes peuvent être résumées comme suit :

- ▶ La DSME est un outil efficace en termes d'amélioration des résultats cliniques et de la qualité de vie – au moins à court terme.<sup>2-11</sup>
- ▶ L'éducation au diabète a évolué, passant de présentations essentiellement didactiques vers des modèles d'autonomisation davantage basés sur la théorie.<sup>5,12</sup>
- ▶ Il n'existe pas un seul programme ou une seule approche éducatifs idéaux. Il a toutefois été démontré que les programmes intégrant des stratégies comportementales et psychosociales donnaient de meilleurs résultats.<sup>10,13-15</sup> D'autres études montrent que des programmes adaptés à l'âge et au contexte culturel donnent de meilleurs résultats<sup>10-11,16-21</sup> et que l'éducation en groupe est au moins aussi efficace que les cours individuels.<sup>6,8-9,21-22</sup>
- ▶ Un soutien continu est essentiel en vue de conforter les progrès faits par les participants au terme de la DSME.<sup>5,10-11,17,23-24</sup> Les personnes atteintes de diabète peuvent éprouver une grande détresse psychologique au moment du diagnostic et tout au long de leur vie, et ces problèmes psychosociaux affectent leurs efforts de gestion autonome.<sup>10,26-27</sup>
- ▶ Des stratégies telles que la fixation d'objectifs personnels et la résolution de problèmes sont efficaces en vue de soutenir un changement de comportement.<sup>11,28-31</sup>

## ▸ Éléments des Standards internationaux pour l'éducation au diabète

### ▸ Standards

Ces standards sont destinés à couvrir trois domaines des services de DSME : la structure, le processus et les résultats.

**Les standards relatifs à la structure** offrent le cadre nécessaire à la mise en place d'un service de diabète. Ils décrivent le personnel, les ressources et la structure physique nécessaires pour offrir des services de DSME.

**Les standards relatifs au processus** décrivent le processus de DSME et les étapes requises pour la préparation, la mise sur pied et l'évaluation de l'éducation au diabète.

**Les standards relatifs aux résultats** décrivent l'objectif général de la DSME. Si un service est réussi, il sera en mesure de mesurer et de rencontrer les standards relatifs aux résultats fixés.

### ▸ Indicateurs

Chaque standard comprend des indicateurs destinés à être utilisés par le service de DSME, le comité consultatif de la DSME, les agences gouvernementales et toute autre organisation de certification afin de déterminer si les Standards internationaux pour l'éducation au diabète ont été atteints. *Il n'est pas attendu qu'un service de diabète parvienne à atteindre l'ensemble de ces indicateurs.* Ceux-ci doivent plutôt être perçus comme des mesures appropriées en vue de la réalisation des standards. Seuls les indicateurs les plus pertinents pour la population et les ressources disponibles doivent être préalablement identifiés en tant que critères d'évaluation.

## ► Standards relatifs à la structure

### ***Soutien organisationnel***

#### ► **Standard**

- S.1. Il existe des données probantes d'un soutien organisationnel/institutionnel en faveur de la DSME en tant que partie intégrante des soins du diabète.

#### ► **Indicateurs**

- S.1.a. La DSME est reconnue par la direction de l'organisation comme faisant partie intégrante de l'ensemble des services de diabète.
- S.1.b. La DSME fait partie intégrante du plan stratégique des services de diabète.
- S.1.c. La DSME fait clairement partie de la mission déclarée des services de diabète.
- S.1.d. La DSME apparaît clairement dans la structure organisationnelle des services de diabète.
- S.1.e. Le programme de DSME bénéficie d'un budget propre et suffisant au sein du plan de financement des services de diabète.
- S.1.f. Les indicateurs de qualité des services de diabète incluent les résultats de la DSME.
- S.1.g. Des fonds sont dégagés pour rémunérer le personnel chargé de dispenser une éducation aux personnes atteintes de diabète.
- S.1.h. Du temps est accordé au personnel pour l'éducation des personnes atteintes de diabète.
- S.1.i. Le personnel a accès à des outils pédagogiques pour l'éducation des personnes atteintes de diabète.
- S.1.j. Le personnel répond de l'éducation qu'il dispense aux personnes atteintes de diabète.

### ***Coordination***

#### ► **Standard**

- S.2. L'organisation et l'administration des services de DSME sont confiées à une seule personne afin de garantir la réalisation des standards relatifs au processus et aux résultats.

## Indicateurs

- S.2.a. La personne responsable de l'organisation et de l'administration des services de DSME est clairement identifiée comme étant le coordinateur.
- S.2.b. Le coordinateur a reçu une formation en matière de soins du diabète et de DSME.
- S.2.c. Les responsabilités en matière de gestion du personnel et du budget (le cas échéant) sont clairement établies.
- S.2.d. Les lignes de communication et de responsabilité sont clairement définies au sein des services de diabète et à travers l'organisation.
- S.2.e. Les décisions concernant l'affectation de ressources humaines sont prises au mieux des intérêts des personnes atteintes de diabète et de la pratique professionnelle.
- S.2.f. Le coordinateur entretient un environnement soutenant la capacité des éducateurs à fournir des services de qualité à la fois sûrs, efficaces et éthiques.
- S.2.g. Le coordinateur entretient un environnement intégrant formation professionnelle continue, résultats des programmes et données issues de la recherche.

## Espace physique et équipement

### Standard

- S.3. La qualité et la disponibilité d'espace physique et de ressources éducatives affectent l'apprentissage et sont fonction des besoins individuels et/ou de la communauté.

### Indicateurs

- S.3.a. L'espace physique et les ressources incluent :
  - ▶ le respect de la vie privée et de la confidentialité
  - ▶ un espace adéquat pour offrir une éducation individuelle ou en groupe
  - ▶ des sièges confortables, un éclairage et une qualité de l'air adéquats
  - ▶ un environnement sûr dépourvu de tout risque
  - ▶ des salles d'attente
  - ▶ des toilettes et des installations sanitaires
  - ▶ un accès pour les personnes atteintes d'handicaps physiques
  - ▶ des outils pédagogiques et des ressources audiovisuelles adaptés au degré d'alphabétisation et à la culture des personnes auxquelles ils s'adressent.

S.3.b. Des technologies de communication et des équipements appropriés pour soutenir l'équipe multidisciplinaire sont disponibles. Ceux-ci incluent :

- ▶ des systèmes de communication efficace – tels qu'un service de téléphonie
- ▶ des fournitures et des équipements de bureau
- ▶ un système de tenue d'archives
- ▶ un accès à des ordinateurs
- ▶ un accès à des téléfax
- ▶ un accès à Internet et à une messagerie électronique
- ▶ des services d'interprétation.

## ***Comité consultatif***

### **Standard**

S.4. Un comité consultatif doit veiller à ce que les opinions et les valeurs de toutes les parties prenantes soient représentées dans le cadre de la planification et de la fourniture continues de la DSME.

### **Indicateurs**

S.4.a. Le comité consultatif représente la population cible et la communauté plus large.

Le comité peut compter parmi ses membres :

- ▶ une personne atteinte de diabète
- ▶ une personne s'occupant d'un enfant atteint de diabète
- ▶ un dirigeant de la communauté
- ▶ un physicien/clinicien spécialisé
- ▶ un physicien/clinicien spécialisé dans les soins primaires
- ▶ du personnel infirmier à domicile
- ▶ du personnel infirmier travaillant au sein de services hospitaliers d'un hôpital de la communauté
- ▶ du personnel infirmier spécialisé en diabète
- ▶ un diététicien du service de DSME
- ▶ d'autres professionnels de la santé du service de DSME
- ▶ un responsable de programmes communautaires pertinents
- ▶ un membre de l'association locale du diabète
- ▶ un travailleur sanitaire de la communauté ou "non professionnel"
- ▶ un mentor pair

- ▶ un enseignant
- ▶ d'autres membres de l'équipe, selon les besoins.

- S.4.b. Des directives écrites sont développées afin de guider les procédures du comité et d'établir ses responsabilités.
- S.4.c. Le comité évalue chaque année le programme de DSME en fonction des objectifs fixés et des résultats.
- S.4.d. Le comité est habilité à formuler des recommandations en vue d'introduire des améliorations sur la base de l'évaluation des résultats, de l'évolution des besoins de la communauté et des innovations en matière d'éducation au diabète et de gestion de la condition.
- S.4.e. Le comité se réunit au moins deux fois par an ; les procès-verbaux sont conservés et examinés à chaque réunion afin d'identifier les progrès par rapport à des points d'action spécifiques.
- S.4.f. Le comité recommande un soutien continu à l'égard du programme de DSME au sein de l'institution et vis-à-vis d'autres agences et organisations.
- S.4.g. Un lien est établi avec les agences et organisations chargées de prendre des décisions concernant les services de diabète – telles que les agences réglementaires et gouvernementales.
- S.4.h. En plus d'avoir des compétences en matière de direction, les membres du comité consultatif jouissent d'une expertise professionnelle ou d'une expérience personnelle en termes de diabète.

### ***L'équipe et le travail d'équipe***

#### **Standard**

- S.5. Le travail d'équipe multidisciplinaire et la communication entre les personnes proposant des services de DSME et ceux offrant les soins du diabète sont évidents.

#### **Indicateurs**

- S.5.a. Une infrastructure appropriée constituée de personnel qualifié et expérimenté est en place et inclut des professionnels de la santé et des employés de bureau, administratifs et autres.

- S.5.b. Le noyau de l'équipe de DSME est constitué de :
- ▶ une personne atteinte de diabète
  - ▶ un membre du personnel infirmier
  - ▶ un diététicien ou un nutritionniste
  - ▶ un médecin.
- L'équipe peut également inclure :
- ▶ un pharmacien
  - ▶ un psychologue, un conseiller et/ou un travailleur social
  - ▶ un podologue/pédicure
  - ▶ un physiologiste
  - ▶ un travailleur sanitaire de la communauté ou non professionnel
  - ▶ des mentors pairs.
- S.5.c. Le travail d'équipe transparaît au niveau :
- ▶ du respect de l'expertise de tous les membres de l'équipe
  - ▶ de l'excellente communication entre les membres de l'équipe
  - ▶ de discussions ouvertes concernant la gestion du diabète, la prise de décisions, la résolution des problèmes et la fixation des priorités
  - ▶ de l'approche collaborative vis-à-vis de la poursuite des objectifs du programme et des résultats
  - ▶ de la transmission d'informations de DSME uniformes émanant des membres de l'équipe.
- S.5.d. L'affectation du personnel prévoit du temps pour :
- ▶ des évaluations individuelles
  - ▶ la fourniture d'une DSME
  - ▶ un suivi continu, selon les besoins.
- S.5.e. Les personnes atteintes de diabète sont référées, en temps opportun et chaque fois que nécessaire, à d'autres professionnels de la santé, tels que des pharmaciens, des médecins spécialisés, des travailleurs sociaux, des psychologues, des podologues/pédicures ou des physiothérapeutes, ainsi qu'à des travailleurs sanitaires de la communauté ou non professionnels, des mentors pairs, etc.
- S.5.f. Un système de communication efficace est mis en place pour garantir le partage des informations avec tous les membres de l'équipe.
- S.5.g. Les politiques et procédures cliniques et professionnelles appropriées sont connues et respectées par l'ensemble des membres de l'équipe.
- S.5.h. La pratique de l'éducation au diabète est reconnue comme une spécialité au sein de chaque profession.

## **Compétences professionnelles et formation continue**

### **Standard**

- S.6.1. Le personnel impliqué dans la DSME possède une bonne compréhension clinique du diabète, ainsi qu'une solide connaissance des méthodes d'enseignement et d'apprentissage ainsi que des soins du diabète.

### **Indicateurs**

- S.6.1.a. Le personnel qui dispense la DSME a reçu une formation initiale relative aux compétences pédagogiques et en matière de conseil, aux interventions comportementales et aux soins du diabète.
- S.6.1.b. Les cours de formation destinés aux personnes se spécialisant dans la DSME sont conformes avec le Programme de cours pour l'éducation au diabète des professionnels de la santé ou reconnus par les autorités locales.
- S.6.1.c. Le personnel chargé de la DSME possède les compétences nécessaires pour dispenser une éducation à des personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2, que ce soit individuellement ou en groupe.
- S.6.1.d. Le personnel chargé de la DSME au sein de populations spécifiques (enfants et adolescents, femmes atteintes de diabète gestationnel et/ou grossesse compliquée par le diabète, personnes âgées ou personnes suivant un traitement basé sur une pompe à insuline, par exemple) possède la formation et l'expertise nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques et changeants de ces populations.

### **Standard**

- S.6.2. Les compétences et les performances du personnel participant à la DSME sont évaluées au moins une fois par an et un programme d'apprentissage et de développement personnel est mis sur pied pour améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes.

### **Indicateurs**

- S.6.2.a. Les coordinateurs du service de DSME sont tenus, en collaboration avec d'autres responsables et administrateurs, d'offrir des possibilités de formation continue et d'amélioration des performances au personnel.
- S.6.2.b. Les qualifications, le rôle et les responsabilités du personnel de DSME sont clairement documentés.



- S.6.2.c. Le personnel de DSME reçoit un feedback écrit sur son expérience professionnelle de la part du coordinateur du service de DSME, de ses collègues et des personnes atteintes de diabète.
- S.6.2.d. Chaque année, le personnel de DSME suit une formation de développement professionnel continu en matière d'éducation au diabète et de soins de la condition.
- S.6.2.e. Il existe des preuves écrites attestant que le personnel de DSME a reçu une formation continue dispensée par des organes accrédités.

### Standard

- S.6.3. Le personnel de DSME professionnel est nommé sur base de compétences avérées – et non sur base d'un roulement.

### Indicateurs

- S.6.3.a. Il n'existe aucun signe indiquant que du personnel professionnel est retiré du service de DSME pour occuper des postes vacants dans d'autres domaines.
- S.6.3.b. Des stratégies telles que des primes ou des promotions basées sur les performances sont en place pour soutenir la rétention de personnel.

## Programme de cours

### Standard

- S.7. L'éducation au diabète couvre des sujets déterminés sur la base d'une évaluation personnelle et encourage l'acquisition de connaissances, de compétences, de comportements et de stratégies de prise en charge nécessaires pour une gestion autonome optimale du diabète.

### Indicateurs

- S.7.a. Un cours écrit associé à des critères précisant les résultats de l'apprentissage sert de base au programme éducatif. Les besoins identifiés pour chaque individu déterminent les sujets couverts et le degré de détail requis. Les sujets proposés incluent :
  - ▶ le rôle, les droits et les responsabilités de la personne atteinte de diabète
  - ▶ l'intégration de l'adaptation psychosociale dans la vie au quotidien
  - ▶ la description du processus d'évolution du diabète et des options de traitement
  - ▶ l'intégration d'une gestion nutritionnelle au quotidien adaptée au contexte culturel

- ▶ l'intégration de l'activité physique dans le style de vie
- ▶ la gestion des traitements médicamenteux (le cas échéant) afin de garantir la sécurité et l'efficacité du traitement
- ▶ la surveillance des taux de glycémie et de cétone dans le sang ou l'urine (le cas échéant) et l'utilisation des résultats pour la gestion autonome
- ▶ la prévention, la détection et le traitement des complications aiguës
- ▶ la prévention (par le biais d'un comportement de réduction des risques), la détection et le traitement des complications chroniques
- ▶ la fixation d'objectifs et la mise sur pied de plans d'action
- ▶ la résolution des problèmes
- ▶ la procédure d'obtention de fournitures du diabète et les endroits où se les procurer
- ▶ l'importance d'un DSMS continu
- ▶ la procédure d'accès à la DSME, au DSMS et à des soins du diabète et les endroits où les obtenir
- ▶ des informations sur les ressources de la communauté, les organisations de consommateurs et les services et groupes de DSMS
- ▶ des informations sur le rôle des membres de l'équipe de diabète, la collaboration avec ceux-ci et la procédure de mise en contact.

S.7.b. Le programme de cours inclut :

- ▶ des sujets et des informations clés
- ▶ les objectifs et résultats visés
- ▶ un bref aperçu de la manière dont les informations seront fournies
- ▶ des stratégies éducatives
- ▶ le nom de la personne chargée de dispenser l'éducation
- ▶ des stratégies d'évaluation
- ▶ une description des supports pédagogiques à utiliser
- ▶ les compétences cibles en matière de gestion autonome.

S.7.c. Le contenu du programme de cours est adapté aux besoins spécifiques de la population concernée.

S.7.d. Le programme de cours est revu chaque année par le comité consultatif et adapté de manière à refléter les données probantes les plus récentes.

## Systèmes de support

### Standard

- S.8.1. Des partenariats stratégiques et des modèles d'orientation sont développés afin d'améliorer la communication et la cohérence des services entre les professionnels de la santé et de maximiser l'impact des ressources du diabète.

### Indicateurs

- S.8.1.a. Le service de DSME est en relation avec d'autres organisations de soins de santé des secteurs primaires, secondaires et tertiaires – tels que des généralistes, des médecins spécialistes et des services psychologiques et sociaux – de sorte que les personnes atteintes de diabète peuvent avoir accès à des services multidisciplinaires selon les besoins.
- S.8.1.b. Des canaux de communication et des mécanismes d'orientation sont mis en place entre le service de DSME et d'autres organisations de soins de santé.
- S.8.1.c. Les renvois à des spécialistes sont documentés dans le dossier de chaque participant.

### Standard

- S.8.2. Une éducation et un soutien continus à la gestion autonome sont accessibles aux personnes atteintes de diabète au terme de la DSME initiale.

### Indicateurs

- S.8.2.a. Le service de DSME dispose d'une politique écrite décrivant le système dans le cadre duquel la formation continue et le DSMS doivent être fournis au terme du programme de DSME.
- S.8.2.b. Le service de DSME dispose d'une liste, mise à jour chaque année, des ressources d'orientation et des services communautaires disponibles.
- S.8.2.c. Les personnes atteintes de diabète sont référées à des services et ressources de la communauté (associations et organisations du diabète et services sociaux, par exemple), selon les besoins, afin de bénéficier d'un DSMS continu et d'autres services.
- S.8.2.d. Un plan de DSMS de suivi est développé en collaboration avec chaque participant.

## Standards relatifs au processus

### ***Évaluation de la communauté***

#### **Standard**

- P.1. Le service de DSME est développé sur la base d'une évaluation continue des besoins de la population concernée.

#### **Indicateurs**

- P.1.a. Des évaluations initiales et continues des besoins sont réalisées et documentées en tenant compte de la diversité et de l'évolution des besoins de la population.
- P.1.b. Le processus d'évaluation est adapté aux besoins de la population.

### ***Plan individualisé***

#### **Standard**

- P.2. Le plan de DSME est basé sur une évaluation axée sur l'apprenant et fait l'objet d'une révision et de modifications continues.

#### **Indicateurs**

- P.2.a. L'évaluation est un processus collaboratif qui inclut la personne atteinte de diabète, sa famille et/ou son entourage, de même que les autres membres de l'équipe multidisciplinaire.
- P.2.b. L'évaluation individuelle porte sur la connaissance du diabète, les aptitudes et compétences en matière de soins autonomes, la cognition, le style de vie, le degré d'alphabétisation, les systèmes de support, les obstacles, la qualité de vie, la langue préférée, le style d'apprentissage préféré, les problèmes de sécurité, les valeurs culturelles (y compris les croyances et pratiques religieuses), les objectifs comportementaux et l'état psychosocial.
- P.2.c. La personne atteinte de diabète et son entourage collaborent avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire pour développer un plan éducatif. Celui-ci inclut :
- ▶ un processus adapté au contexte culturel
  - ▶ une explication claire et exhaustive des options et choix à la disposition de la personne atteinte de diabète en vue de garantir la prise de décisions informées

- ▶ l'identification des objectifs et résultats personnels souhaités
- ▶ l'acceptation des choix personnels par tous les membres de l'équipe.

P2.d. Le plan éducatif reflète l'intégration efficace des éléments suivants :

- ▶ l'évaluation personnelle et les objectifs identifiés
- ▶ les principes et pratiques actuels en matière de soins du diabète
- ▶ les principes et pratiques en matière d'enseignement et d'apprentissage
- ▶ des stratégies de changement de comportement
- ▶ le style de vie et les croyances en matière de santé qui affectent la gestion autonome du diabète
- ▶ les problèmes physiques, psychosociaux, religieux, culturels et socioéconomiques associés à la gestion autonome du diabète
- ▶ les processus d'évaluation des résultats et de l'efficacité du plan.

P2.e. Le plan éducatif inclut l'identification des ressources nécessaires pour soutenir la vie avec le diabète.

P2.f. Le plan éducatif est régulièrement revu en compagnie de la personne atteinte de diabète et de son entourage.

P2.g. Des processus et méthodes sont en place pour faciliter l'échange de commentaires entre la personne atteinte de diabète et les autres membres de l'équipe concernant les progrès faits en vue d'atteindre les objectifs d'apprentissage identifiés.

P2.h. Le plan éducatif reconnaît la diversité des styles d'apprentissage individuels.

P2.i. Le plan éducatif inclut des ressources éducatives adaptées à l'âge et au contexte culturel.

P2.j. Le plan éducatif inclut des périodes de révision régulières et s'adapte aux changements intervenant dans la gestion autonome du diabète tout au long de la vie.

## **Mise en œuvre**

### **Standard**

P3.1. La mise en œuvre de la DSME est axée sur l'apprenant, encourage l'apprentissage cognitif, le changement de comportement, une prise en charge saine et la gestion autonome, et est élargie aux familles, à l'entourage, aux soignants et aux communautés, le cas échéant.

## Indicateurs

- P3.1.a. La mise en œuvre de la DSME est en conformité avec le plan développé en collaboration avec la personne atteinte de diabète.
- P3.1.b. La DSME est proposée par une équipe multidisciplinaire.
- P3.1.c. La DSME est proposée de manière ouverte et non menaçante.
- P3.1.d. Les programmes de DSME en groupe sont interactifs.
- P3.1.e. Les participants à des programmes de DSME en groupe ont la possibilité de discuter individuellement de leurs problèmes et préoccupations concernant la gestion autonome avec des membres de l'équipe de DSME.
- P3.1.f. Diverses approches et méthodologies éducatives sont utilisées pour répondre à des besoins individuels.

## Standard

- P3.2. La DSME repose sur des données probantes et est dispensée de manière professionnelle et éthique.

## Indicateurs

- P3.2.a. La DSME repose sur des données probantes et se traduit par une amélioration des connaissances et l'application de celles-ci par les participants.
- P3.2.b. Il existe des preuves indiquant que les résultats des recherches éducatives, comportementales et cliniques actuelles sont utilisés pour améliorer les services de DSME.
- P3.2.c. Tous les membres de l'équipe se voient offrir la possibilité de participer à des recherches.
- P3.2.d. Les résultats des recherches publiés sont régulièrement présentés aux membres de l'équipe et examinés avec ceux-ci.
- P3.2.e. Des outils validés et reconnus au niveau international sont utilisés pour mesurer les processus et les résultats de la DSME et du DSMS.
- P3.2.f. La DSME dispensée est conforme aux standards de pratique professionnels, aux connaissances actuelles et aux informations disponibles.
- P3.2.g. Des recherches éducatives, comportementales et cliniques sont menées chaque fois que possible afin de constituer une base de données pour la pratique.

## Accès

### Standard

P4.1. Les services de DSME sont reconnus par et sont accessibles à la communauté locale.

### Indicateurs

P4.1.a. Les personnes atteintes de diabète au sein de la communauté savent comment accéder à la DSME.

P4.1.b. Une fois qu'une demande de DSME est reçue, une réponse est fournie dans un délai raisonnable. Ce délai est déterminé préalablement sur la base des priorités et directives établies par l'équipe de DSME et le comité consultatif.

P4.1.c. La DSME est reconnue en tant que élément de base des soins du diabète.

P4.1.d. La DSME est adaptée aux participants et est proposée à un coût et à un moment appropriés, dans un lieu facile d'accès.

P4.1.e. Les obstacles à l'accès sont régulièrement examinés et réduits au minimum par le comité consultatif. Ces obstacles peuvent inclure le coût, le voyage, le besoin de services spécifiques, la langue et/ou le processus d'orientation.

### Standard

P4.2. La direction du service de DSME et les membres de l'équipe recherchent des alliances et partenariats stratégiques avec des services communautaires appropriés afin d'améliorer l'accessibilité et de développer la DSME et le DSMS.

### Indicateurs

P4.2.a. Des partenariats collaboratifs existent entre le service de DSME, les organisations de la communauté et les ressources de DSMS.

P4.2.b. Pour soutenir l'instauration ou le maintien de comportements choisis par l'individu, les membres de l'équipe du service de DSME reçoivent des informations mises à jour sur l'accès et le coût des programmes locaux (programmes d'exercice physique et de perte de poids, par exemple).

P4.2.c. L'expérience acquise par les personnes dans le cadre de programmes communautaires est évaluée.

P4.2.d. Les ressources de la communauté servent de source d'orientation pour le service de DSME.

- P.4.2.e. Le cas échéant et/ou à la demande de participants à la DSME, le personnel issu des ressources de la communauté s'exprime lors de conférences.

### Standard

- P.4.3. Un suivi et un DSMS sont accessibles chaque fois que nécessaire et recommandés dans le cadre de la formation continue, de la fixation d'objectifs comportementaux, de la planification d'actions et/ou du renforcement.

### Indicateurs

- P.4.3.a. Un accès à des interventions ou à des services de soutien susceptibles de répondre aux besoins socioéconomiques, psychosociaux et de DSMS continu est mis en place avant la fin du programme du service de DSME.
- P.4.3.b. Les participants au programme de DSME sont informés de l'importance de la DSME et du DSMS continus.
- P.4.3.c. Un résumé écrit des objectifs comportementaux personnels et de gestion autonome, des rendez-vous futurs et du DSMS de suivi est remis à chaque participant avant la fin du programme.
- P.4.3.d. Un examen et un suivi périodiques des connaissances en matière de gestion autonome, des compétences et des objectifs comportementaux personnels sont assurés par le service de DSME.
- P.4.3.e. Un système est en place afin de rappeler aux participants la date à laquelle doit avoir lieu leur examen périodique.

## Évaluation

### Standard

- P.5. L'efficacité et la qualité du service de DSME sont évaluées chaque année, mises en corrélation avec les résultats, et examinées et adaptées sur la base de cette évaluation.



## Indicateurs

- P.5.a. L'évaluation annuelle du service de DSME prend en compte :
- ▶ les objectifs du programme
  - ▶ les programmes de cours, les méthodologies et les supports
  - ▶ les processus de fixation d'objectifs comportementaux personnels et de planification d'actions
  - ▶ la participation de l'équipe multidisciplinaire
  - ▶ l'accès et le suivi des participants
  - ▶ les ressources (espace, personnel, budget).
- P.5.b. Un système établi de collecte de données est en place pour faciliter l'évaluation et la communication des résultats du service de DSME.
- P.5.c. Le degré de satisfaction des participants et des sources d'orientation à l'égard du service de DSME est évalué et revu par le coordinateur et le comité consultatif dans le cadre du processus d'évaluation.
- P.5.d. Le rapport d'évaluation est examiné par le coordinateur et le comité consultatif et des mesures sont prises, le cas échéant.

## ► Standards relatifs aux résultats

### **Connaissances**

#### ► **Standard**

- O.I. Les personnes atteintes de diabète comprennent les conséquences du diabète, les modalités de traitement, la gestion des aspects comportementaux, psychosociaux et cliniques du diabète, et l'importance de maintenir un style de vie sain afin de réduire les risques de complications liées à la condition.

#### ► **Indicateurs**

- O.I.a. De la documentation existe pour chaque participant et comprend :
- une évaluation
  - un plan éducatif
  - une intervention
  - des objectifs comportementaux personnels et des plans d'action
  - une évaluation
  - des plans de suivi pour la DSME
  - les orientations éventuelles.
- O.I.b. La personne atteinte de diabète est à même de décrire :
- les éléments de traitement adaptés à son type de diabète
  - la relation entre un taux de glycémie, une pression artérielle et des lipides élevés, d'une part, et le développement de complications aiguës et chroniques du diabète (cardiopathies ou néphropathies, par exemple), d'autre part
  - les stratégies efficaces pour amener des changements de comportement
  - l'utilisation de la surveillance de la glycémie pour résoudre les problèmes et prendre des décisions
  - les problèmes comportementaux et psychosociaux courants associés au diabète.
- O.I.c. La personne atteinte de diabète est en mesure de décrire la relation entre les taux de glycémie, d'une part, et l'alimentation, l'activité physique, le stress et les médicaments, d'autre part.
- O.I.d. La personne atteinte de diabète est à même de décrire divers éléments s'appliquant à sa situation personnelle, à savoir :
- les pratiques de gestion autonome
  - les objectifs en matière de glycémie, de pression artérielle et de lipides sanguins et les stratégies pour atteindre ceux-ci

- ▶ les stratégies de changement de comportement
- ▶ les stratégies de gestion
- ▶ les objectifs comportementaux personnels et le plan d'action.

## ***Application des connaissances***

### **Standard**

- O.2. Les personnes atteintes de diabète et à risque de le développer prennent des décisions informées et des mesures délibérées en faveur d'une vie saine. Ces décisions sont prises en fonction de leurs propres valeurs, de leurs besoins socioéconomiques et de leurs ressources, ainsi que de la qualité de vie souhaitée.

### **Indicateurs**

- O.2.a. La réalisation des objectifs comportementaux personnels est surveillée et utilisée dans le cadre du processus annuel d'évaluation du service de DSME.
- O.2.b. La personne atteinte de diabète apporte des changements à son style de vie (en arrêtant de fumer, en limitant l'apport de graisses saturées ou trans, en prenant des médicaments, en augmentant son activité physique et en gérant son stress, par exemple) afin de réduire le risque de complications chroniques.
- O.2.c. La personne atteinte de diabète réclame des tests et des procédures en vue de l'identification précoce des complications du diabète, ainsi que des traitements pour réduire leur impact.
- O.2.d. La personne atteinte de diabète adopte une attitude de résolution des problèmes active dans sa vie de tous les jours et dans ses efforts de gestion autonome.
- O.2.e. La personne atteinte de diabète prend des mesures pour empêcher, reconnaître et traiter l'hypoglycémie et l'hyperglycémie.
- O.2.f. Les absences de l'école ou du lieu de travail liées au diabète sont réduites au minimum.
- O.2.g. La personne atteinte de diabète démontre sa capacité à atteindre des objectifs comportementaux personnels adaptés à sa situation, significatifs et conformes aux résultats qu'elle s'est fixée.
- O.2.h. La personne atteinte de diabète adopte un comportement d'appel à l'aide précoce afin de réduire les hospitalisations ou la fréquentation de services d'urgences.

- O.2.i. La personne atteinte de diabète est au courant des ressources disponibles, y compris des services de DSME, et sait comment y accéder.
- O.2.j. Chaque fois que nécessaire, un membre de l'équipe de DSME intervient en faveur de la personne atteinte de diabète afin de l'aider à accéder à des soins et des services de DSME.
- O.2.k. La personne à risque de développer un diabète est en mesure de décrire les changements de style de vie susceptibles de retarder ou de prévenir l'apparition de la condition, ainsi que les stratégies à mettre en œuvre pour introduire ces changements.

## Résultats cliniques

### Standard

- O.3.I. La santé physique, psychologique et émotionnelle de la personne atteinte de diabète est améliorée.

### Indicateurs

- O.3.I.a. Les objectifs cliniques basés sur des données probantes et adaptés au contexte régional sont connus de l'équipe de soins et des personnes atteintes de diabète.
- O.3.I.b. Les résultats en termes de santé sont comparés aux objectifs fixés par la personne atteinte de diabète et l'équipe de soins, notamment :
  - ▶ la réalisation des objectifs comportementaux personnels
  - ▶ les objectifs cliniques, en ce compris l'indice de masse corporelle, le tour de taille, le taux de lipides sériques, la glycémie, l'HbA<sub>1c</sub>, la pression artérielle et l'état des complications
  - ▶ la croissance et le développement des enfants et des adolescents
  - ▶ l'état psychologique, la prise en charge, les attitudes et la qualité de vie
  - ▶ la réduction des risques macrovasculaires (pression artérielle, lipides, HbA<sub>1c</sub>, contrôle du poids, diminution de la cigarette, amélioration de l'état nutritionnel, activité physique)
  - ▶ la réduction des risques microvasculaires (HbA<sub>1c</sub>, contrôle de la pression artérielle, arrêt de la cigarette, identification précoce et traitement rapide, si nécessaire).

## Standard

- O.3.2. La personne atteinte de diabète collabore avec les prestataires de soins cliniques afin de définir et de résoudre les problèmes, d'identifier les priorités, de fixer les objectifs et de développer des plans d'action et de traitement.

## Indicateurs

- O.3.2.a. La personne atteinte de diabète ou à risque participe activement à la DSME et au DSMS.
- O.3.2.b. Les objectifs comportementaux personnels et les plans d'action sont inclus dans le rapport de DSME.
- O.3.2.c. Il existe des preuves de l'implication des participants dans le développement du plan éducatif et de suivi.

## ***La communauté – prévention primaire***

## Standard

- O.4. Les communautés sont conscientes des facteurs de risque du diabète, de ses complications possibles et des actions susceptibles de retarder son apparition.

## Indicateurs

- O.4.a. Des informations concernant les facteurs contribuant au développement du diabète et de ses complications sont mises à la disposition du public.
- O.4.b. Les personnes à risque de développer le diabète comprennent les facteurs contribuant à la condition et les actions préventives.
- O.4.c. Les personnes à risque de développer le diabète ont la possibilité de se soumettre chaque année à un dépistage.
- O.4.d. Les communautés encouragent des styles de vie sains en offrant des possibilités d'activité physique, d'alimentation saine, de désaccoutumance au tabac et de vie saine adaptées à l'âge et au contexte culturel.
- O.4.e. Des cours de promotion pour une vie saine et la prévention de l'obésité et du diabète sont intégrés au programme scolaire.

## ***Soutien de la communauté***

### **Standard**

- O.5. Les communautés sont conscientes des différents types de diabète, des besoins des personnes atteintes de diabète et du soutien à la disposition de celles-ci.

### **Indicateurs**

- O.5.a. Le service de DSME aide la communauté à identifier des stratégies et à promouvoir des actions visant à modifier les facteurs sociaux et environnementaux de manière à promouvoir une vie saine chez les personnes atteintes de diabète.
- O.5.b. Il existe des preuves d'un soutien de la communauté en faveur de la DSME et du DSMS avec notamment :
- ▶ des groupes/réseaux de soutien
  - ▶ de la publicité sur l'accès à la DSME et au DSMS et l'endroit où ceux-ci sont proposés
  - ▶ des ressources ou un soutien financier en faveur de programmes et de services pour les personnes atteintes de diabète ou à risque de le développer
  - ▶ des programmes scolaires
  - ▶ des programmes de bien-être sur le lieu de travail
  - ▶ des camps du diabète.

## ► Références

- 1 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Educ* 2007; 33: 599-614.
- 2 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2007; 30: 1630-7.
- 3 Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Educ* 1999; 25(6 Suppl): 52-61.
- 4 Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-87.
- 5 Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-71.
- 6 Norris SL. Self-management education in type 2 diabetes. *Practical Diabetology* 2003; 22: 7-13.
- 7 Gary TL, Genkiner JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29: 488-501.
- 8 Deakin T, McShane CE, Cade JE, et al. Review: group based education in self-management strategies improves outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD003417.
- 9 Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, et al. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001; 24: 1821-33.
- 10 Seley JJ, Weinger K. Executive summary. The State of the Science on Nursing Best Practices for Diabetes Self-Management. *Am J Nurs* 2007; 107(6 Suppl): 6-11.
- 11 Colagiuri R, Girgis S, Eigenmann C, Griffiths R. Evidenced Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes. Diabetes Australia and the NHMRC, October 2008.
- 12 Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Educ* 2003; 29: 454-64.
- 13 Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61.
- 14 Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87.
- 15 Skinner TC, Cradock S, Arundel F, Graham W. Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 75-80.
- 16 Brown SA, Hanis CL. Culturally competent diabetes education for Mexican Americans: the Starr County study. *Diabetes Educ* 1999; 25: 226-36.
- 17 Anderson RM, Funnell MM, Nwankwo R, et al. Evaluating a problem-based empowerment program for African Americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Ethn Dis* 2005; 15: 671-8.
- 18 Sarkisian CA, Brown AF, Norris CK, Wintz RL, Managione CM. A systematic review of diabetes self-care interventions for older, African American or Latino adults. *Diabetes Educ* 2003; 29: 467-79.
- 19 Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005; 143: 427-38.
- 20 Anderson-Loflin W, Barnett S, Bunn P, et al. Soul food light: culturally competent diabetes education. *Diabetes Educ* 2005; 31: 555-63.
- 21 Mensing CR, Norris SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 96-103.
- 22 Rickheim PL, Weaver TK, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual education. *Diabetes Care* 2002; 25: 269-74.
- 23 Brown SA, Blozis SA, Kouzekanani K, et al. Dosage effects of diabetes self-management education for Mexican Americans. *Diabetes Care* 2005; 28: 527-32.
- 24 Polonsky WH, Earles J, Smith S, et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care* 2003; 26: 3048-53.
- 25 Skovlund SE, Peyrot M, on behalf of the DAWN International Advisory Panel. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) programme: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum* 2005; 18: 136-42.
- 26 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069-78.
- 27 Lustmann PJ, Anderson RJ, Freedland KE, De Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 934-42.
- 28 Bodenheimer T, MacGregor K, Shafiri C. *Helping Patients Manage Their Chronic Conditions*. California Healthcare Foundation. Oakland, 2005.
- 29 Hill-Briggs F, Gemmell L. Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007; 33(6): 1032-50; discussion 1051-1032.
- 30 Langford AT, Sawyer DR, Gioiomo S, Brownson CA, O'Toole MI. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *Diabetes Educ* 2007; 33(Suppl 6): 139S-144S.
- 31 Colagiuri R, Girgis S, Eigenmann C, Griffiths R. Evidenced Based Guideline for Patient Education in Type 2 Diabetes. Diabetes Australia and the NHMRC, October 2008.

## ► Glossaire

**Accès** – faculté de recevoir un service de soins de santé de qualité sans aucun obstacle (barrières financières, géographiques, linguistiques et liées au degré d'alphabétisation, par exemple)

**Administration** – processus d'organisation efficace des ressources, y compris du personnel, visant à s'assurer que la fourniture de soins de santé est gérée conformément à des objectifs communs

**Alliance** – accord de collaboration étendu entre deux personnes/services ou plus en vue d'optimiser les solutions et les possibilités

**Apprentissage cognitif** – apprentissage basé sur la réflexion et l'expérience (écoute, observation, toucher, lecture, par exemple) et destiné à traiter et à mémoriser des informations

**Autonomisation** – aide fournie aux personnes atteintes de diabète afin de leur permettre de découvrir et de développer leur capacité inhérente à assumer la responsabilité de leur état de santé

**Axé sur l'apprenant** – décrit une activité, un programme ou un plan de leçon basé sur les besoins et objectifs évalués de l'apprenant individuel et dans le cadre duquel l'apprenant est aux commandes de l'expérience d'apprentissage

**Comité consultatif** – groupe se réunissant régulièrement afin de planifier et d'adapter le développement du service de diabète et de ses programmes et de dispenser des conseils à cet égard

**Communauté** – groupe de personnes déterminé sur la base d'une zone géographique, de l'appartenance culturelle, de l'âge ou d'autres caractéristiques communes

**Coordinateur** – professionnel de la santé qui soutient le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire et développe et surveille les processus nécessaires pour dispenser une éducation au diabète et des soins

**Défenseur** – personne ou entité agissant de manière à obtenir un soutien par rapport à une question, un point d'intérêt, une personne ou un groupe spécifique

**Dirigeant de la communauté** – membre de la communauté choisi pour représenter la communauté et son travail au mieux de ses intérêts

**Données probantes** – résultats d'études scientifiques, tels que des essais contrôlés randomisés, obtenus grâce à un plan d'étude approprié et jugés pertinents d'un point de vue clinique

**Éducateur** – personne qui a reçu une formation spécialisée en matière de DSME et de DSMS et qui propose une DSME ou un DSMS aux personnes atteintes de diabète, à leur famille et/ou à des contacts sociaux significatifs; il peut s'agir d'un membre du personnel infirmier, d'un diététicien, d'un psychologue, d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un autre prestataire de soins

**Éducation à la gestion autonome du diabète (DSME)** – processus par le biais duquel les personnes atteintes de diabète, leur famille et/ou des contacts sociaux significatifs participent de manière active à l'acquisition et à l'application des connaissances et compétences pratiques de résolution des problèmes et de prise en charge nécessaires pour obtenir des résultats optima en termes de santé

**Égalité** – répartition équitable de ressources adaptées au contexte culturel et basées sur des données probantes (professionnels de la santé, informations et éducation) entre les personnes atteintes de diabète

**Équipe de soins** – groupe constitué de la personne atteinte de diabète et des prestataires de soins l'aidant à gérer sa condition

**Équipe multidisciplinaire** – équipe composée de professionnels issus de différentes disciplines et qui, en partenariat avec la personne atteinte de diabète, planifient et mettent au point le traitement, la DSME et des soins continus pour la gestion du diabète et des complications associées

**Évaluation** – processus visant à déterminer le succès, l'impact et les résultats d'un programme donné, et/ou le degré de satisfaction vis-à-vis de celui-ci

**Évaluation des besoins de la population** – étude visant à recueillir des données pour l'évaluation des besoins d'une population déterminée

**Examen périodique** – évaluation planifiée du diabète, réalisée à intervalles réguliers, afin d'identifier les besoins d'apprentissage et de mettre à jour le plan d'apprentissage de la personne atteinte de diabète afin de favoriser la gestion autonome de sa condition et, donc, d'optimiser les résultats en termes de santé

**Gestion autonome du diabète** – actions et choix, faisant appel à une série de compétences, de connaissances et de stratégies de gestion, qu'entreprennent et se fixent les personnes atteintes de diabète en réponse à leur condition



**Indicateur** – variable mesurable fournissant des informations indiquant si le programme a permis d'atteindre les résultats souhaités

**Institut** – organisation ou organisme établi, tel qu'une entité de recherche ou éducative

**Médecin spécialiste** – médecin qui a suivi une spécialisation telle que l'ophtalmologie, l'endocrinologie ou la néphrologie, et est reconnu par un organisme professionnel comme possédant des compétences prédéfinies dans le domaine de spécialisation

**Médecin spécialisé dans les soins primaires** – médecin prodiguant des soins primaires, tels qu'un médecin de famille, un généraliste ou un médecin travaillant au sein de la communauté

**Mentor pair** – professionnel de la santé expérimenté conseillant un professionnel de la santé moins expérimenté en vue de lui enseigner des compétences professionnelles, la dynamique d'équipe, un certain degré de sensibilisation interculturelle et des stratégies de communication

**Organe accrédité** – organisation qui s'est soumise avec succès à une évaluation externe visant à déterminer si elle remplit des standards spécifiques en matière de fourniture de services et de fonctionnement

**Organisation** – groupe de personnes travaillant ensemble de manière structurée à un objectif commun, tel qu'un service de diabète

**Partenariat** – relation unissant deux personnes/services ou plus travaillant en collaboration en tant que co-propriétaires d'une initiative en vue d'atteindre un objectif commun

**Partie prenante** – tout groupe ou personne ayant un intérêt vis-à-vis du service, y compris les personnes atteintes de diabète, le personnel, des membres de la communauté, des représentants d'organisation partenaires ou des sponsors

**Personne de soutien** – individu identifié par la personne atteinte de diabète comme ayant une influence positive sur sa capacité à prendre en charge et/ou à gérer sa condition

**Personnel de bureau** – membre de l'équipe ne faisant pas partie du corps des professionnels de la santé et participant à des tâches opérationnelles (réceptionniste ou secrétaire, par exemple)

**Plan d'apprentissage et de développement** – plan personnalisé incluant les objectifs d'apprentissage, les buts et les activités planifiées qui permettront de répondre aux besoins d'apprentissage personnels du professionnel de la santé et de développer sa capacité à offrir les compétences requises par le service de diabète

**Pratique professionnelle de la santé** – action entreprise par un professionnel de la santé et supervisée par un organisme de réglementation de la profession de santé en question

**Processus** – série d'actions entreprises en vue d'atteindre un résultat prédéterminé

**Processus collaboratif** – processus par le biais duquel plusieurs personnes ou organisations collaborent par rapport à un ou plusieurs objectifs communs ; chaque individu ou organisation dépend de ses partenaires et doit répondre de ses actions devant ceux-ci

**Programme de cours** – plan détaillé du programme éducatif qui décrit les objectifs généraux du cours, le contenu (généralement divisé en sujets/modules ayant chacun leurs propres objectifs), la

procédure de sélection des participants, les détails relatifs à la faculté et aux ressources, les références et les textes, les processus d'évaluation et, le cas échéant, le processus de reconnaissance d'un apprentissage antérieur

**Recherche** – étude approfondie d'un sujet visant plus particulièrement à découvrir de nouvelles informations ou à éclairer d'un jour nouveau ou à améliorer la compréhension du sujet en question

**Résultat** – changement obtenu grâce à un programme ou à une intervention

**Service d'éducation au diabète** – organisation proposant une série de programmes couvrant les soins cliniques et l'éducation et le soutien à la gestion autonome du diabète afin d'optimiser les résultats obtenus par les personnes atteintes de diabète

**Soutien à la gestion autonome du diabète (DSMS)** – programmes et contacts continus dont ont besoin les personnes atteintes de diabète pour atteindre leurs objectifs en matière de santé, tels que des groupes de soutien, des rendez-vous avec des prestataires de soins (en vis-à-vis, par téléphone ou par courrier électronique), des mises à jour éducatives ou des programmes d'activité physique ou de gestion du stress

**Standards de pratique professionnels** – standards développés par des organismes professionnels afin de guider les membres de la profession en question et de les conseiller sur la conduite acceptée

**Structure** – manière dont les éléments d'un programme ou d'une organisation sont organisés et interagissent pour atteindre le résultat fixé

## **Membres de la Section consultative sur l'éducation au diabète de la FID (2007-2009)**

Margaret McGill (Présidente), Australie  
Anne Belton, Canada  
Anne-Marie Felton, Royaume-Uni  
Martha Funnell, États-Unis  
Debbie Jones, Bermude  
Eva Ching Yee Kan, République populaire de Chine  
Helen McGuire, Belgique  
Seyda Ozcan, Turquie  
Kaushik Ramaiya, Tanzanie  
Sheridan Waldron, Royaume-Uni

## **Membres du comité de révision des Standards**

Martha Funnell (Présidente), États-Unis  
Eva Ching Yee Kan, République populaire de Chine  
Helen McGuire, Belgique  
Seyda Ozcan, Turquie  
Kaushik Ramaiya, Tanzanie  
Erica Wright, Australie



L'élaboration de la troisième édition des Standards internationaux pour l'éducation au diabète a été réalisée grâce au soutien de LifeScan.

## Avis de non-responsabilité

La Fédération Internationale du Diabète (FID) ne délivre pas de diagnostics, de traitements ou de conseils personnalisés d'ordre médical ; elle ne recommande pas de thérapie spécifique et ne prescrit pas de médicaments aux personnes qui utilisent ou qui consultent les Standards internationaux pour l'éducation au diabète. Les informations contenues dans ces standards sont uniquement destinées à être utilisées à des fins éducatives et informatives générales.

Tout a été fait pour garantir l'exactitude des informations présentées.

La FID décline toutefois toute responsabilité juridique quant à l'exactitude, à l'actualité et à l'exhaustivité des informations contenues dans cette publication. La FID décline également toute responsabilité quant à la manière dont les lecteurs utilisent les informations contenues dans ces standards. Les lecteurs en quête de conseils médicaux personnalisés sont priés de s'adresser à des médecins et à des professionnels de la santé qualifiés et de les consulter pour toute situation ou source d'inquiétude spécifique.



unis pour le diabète



Fédération Internationale du Diabète