

Pathologie

Diabète de type 2

Prise en charge

En ambulatoire

Contexte

Véritable problème de santé publique appelant une véritable action de masse, le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente du Diabète sucré (92% soit 2,2 millions de personnes en métropole).

Il touche une population généralement âgée (66ans pour la médiane) et économiquement plus désavantagée que la population générale à âge égal.

Le contrôle de la maladie reste encore insuffisant (HbA1c >7% pour 41% des personnes diabétiques de type 2), ce qui expose au risque de complications sur le rein, les yeux et les nerfs.

L'examen attentif des pieds, qui vise à dépister la neuropathie et l'atteinte vasculaire périphérique et à traiter précocement ces lésions est très insuffisamment pratiqué. La file active des patients suivis à la consultation des Maladies métaboliques des centre hospitaliers d'Orange-Vaison la Romaine est de 1330 patients. Les patients suivis pour un diabète de type 2 représentent 42,25% (562 patients) de cette file active.

Selon les données de l'Observatoire Régional de la Santé PACA (ORS PACA) et le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES), le territoire où l'APSPG est présente comprend de fortes inégalités sociales, avec notamment 2 zones de territoire prioritaire (Grasse grand centre et les fleurs de Grasse). La mortalité pour cause précoce est plus élevée que sur le reste du territoire. La densité de médecin généraliste est plus faible que la moyenne régionale, et les spécialistes rares (1 endocrinologue en secteur libéral).

Objectif de l'action

* Objectif général

- Améliorer la qualité de vie et l'autonomie des patients en situation de diabète

* Objectifs secondaires

- Accompagner les patients à planifier leur calendrier de suivi pour prévenir les complications

- Accompagner les patients à s'expliquer leur pathologie, à mieux la comprendre et à en parler à leur entourage

- Permettre aux patients d'intégrer une activité physique adaptée dans leur quotidien

- Accompagner les pour faire face aux retentissements de leur pathologie dans leur vie quotidienne

- Aider les patients à améliorer leur estime de soi et leur image de soi. *Aider les patients à modifier leurs habitudes alimentaires

- Communiquer sur le programme auprès des professionnels de santé, du public, des institutions et des structures dépendant du territoire de l'APSPG

- Développer des partenariats avec des associations, des structures et des institutions dépendants du territoire de l'APSPG pour une meilleure prise en charge des patients

Description

* Recrutement des patients

- Le patient peut venir accompagné par un membre de sa famille ou une tierce personne s'il le souhaite

- Patients recrutés par les professionnels de santé du pays grassois qui auront été sensibilisés au programme d'éducation thérapeutique de l'APSPG

* Diagnostic éducatif

- Entretien individuel avec une infirmière

- Évaluation des connaissances et compétences du patient

- L'infirmière s'accorde avec le patient sur les objectifs à atteindre

* Séances d'éducation thérapeutique

- Atelier 1 : Diabète, faits et questions

. 2 séances de 2 h 30

- . 1ère séance réalisée par le médecin généraliste et une infirmière
- . Généralités, traitements et complications
- . 2ème séance réalisée par le médecin généraliste
- . Le pied diabétique, quoi faire en cas de malaise, quelles sont les signes d'alerte

- Atelier 2 : Pourquoi changer

- . 2 séances de 1 h
- . 1ère séance réalisée par la psychologue
- . Vécu de la maladie
- . 2ème séance réalisée par la psychologue et un patient expert
- . Mieux vivre avec ma maladie

- Atelier 3 : Equilibre alimentaire

- . 1 séance de 2 h 30 réalisée par la diététicienne
- . Aider les patients à identifier les familles d'aliments et à modifier leurs habitudes alimentaires

- Atelier 4 : La reprise de l'activité physique adaptée

- . 1 séance de 2 h par l'éducateur d'activité physique adaptée
- . Permettre aux patients d'intégrer une activité physique adaptée dans leur quotidien

* Evaluation

- Entretien individuel avec une infirmière ou un médecin
- . Atteinte des objectifs
- . Satisfaction du patient

* Coordination

- Coordination et information entre les différents intervenants assurées par le coordinateur du programme
- Entre le premier diagnostic éducatif partagé et le premier atelier, ainsi qu'entre chaque atelier, un temps est dédié à la transmission du dossier éducatif aux intervenants concernés ainsi qu'à une communication orale relative à chaque patient participant à la session
- Envoi d'un courrier, par messagerie sécurisée, au médecin traitant et ou spécialiste à l'entrée du patient dans le programme ainsi qu'à sa sortie, le courrier de sortie précise les connaissances et compétences acquises par le patient et celles restant à acquérir
- Pour chaque patient inclus, un dossier d'ETP est créé

* Éthique, confidentialité et déontologie

- Seuls les soignants participant au programme ont accès aux données (dossier éducatif) concernant le patient
- Le dossier est classé et rangé dans une armoire fermée à clé dans une salle dédiée à l'ETP
- Recueil du consentement du patient pour son entrée dans le programme par écrit
- Règles de confidentialité
- Charte d'éthique signée par l'ensemble des intervenants du programme ETP

Année de début de réalisation

2016

Année de fin de réalisation

2020

Durée

4 ans

Fréquence

Suivie

Public

Adultes 18-55 ans, Personnes de plus de 55 ans, Patients, Aidants

Nombre de personnes concernées

56 patients par an (prévisionnel)

Type d'action

Coordination locale, Education thérapeutique

Partenaire d'action

Equipe ETP : médecin généraliste, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, infirmière, podologue, psychologue, diététicienne, patient expert ; Unité de Diététique de Pégomas ; Association HARJES Grasse ; Soins de suite et de réadaptation (SSR) ORSAC Mont-Fleuri, Association Française des Diabétiques 06 ; Centre Hospitalier de Grasse

Outils et supports utilisés :

Photo-expression, Carte conceptuelle, Jeux de la ligne, Jeux des enveloppes, Quizz, Etude de cas, Mannequin, Brainstorming, Jeu de rôle, Scénario catastrophe

Communication et valorisation de l'action

Patient sensibilisé au programme par des affiches et des flyers avec adresse mail unique pour leur communiquer les informations relatives au programme mis en place

Financier

- ARS : Fonds d'Intervention Régional (FIR) €

Evaluation de l'action

* Évaluation réalisée à 1 an et à 4 ans

- Evolution des connaissances et compétences du patient
- Satisfaction des patients (concernant les entretiens individuels, les ateliers et la satisfaction générale concernant le programme)
- Accessibilité du programme (nombre de patients adressés à la journée éducative, taux d'acceptation, taux de suivi des ateliers par les patients, nombre de patients ayant intégré un second cycle)
- Conformité du programme par rapport au prévisionnel
- Amélioration continue du programme (réunions sur l'accessibilité, le suivi, la lisibilité et la conformité du programme ainsi que sur la performance des ateliers)

Secteur d'activité

Centre de soins, établissement de santé

Niveau géographique

Territorial

Commune

Grasse

Niveau territorial de santé

Cannes-Grasse

Plan national

DIABETE 2 - Programme d'actions de prise en charge du diabète 2, MALADIES CHRONIQUES - Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques