



CONFERENCE DE CONSENSUS SUR LE DIABETE A LA REUNION ET A MAYOTTE



Soyons plus fort que le diabète !

FICHE ACTION

Education Thérapeutique du patient Diabétique

<p>Nom l'opérateur ORIGINES DE L'ACTION</p>	<p>Service de Diabétologie – Endocrinologie- Nutrition de l'Hôpital Gabriel Martin à Saint Paul</p> <p>A l'origine, les infirmiers de secteur faisaient de l'éducation en même temps que les soins. Par manque de disponibilité, les soins techniques étaient priorisés sur l'éducation du patient. C'est pourquoi les médecins ont voulu créer une structuration de l'ETP du patient diabétique avec une équipe détachée indépendante des soins quotidiens. Ce programme a donc été initié depuis plus de 10 ans et reconnu depuis 2009 suivant les recommandations de l'HAS.</p>
<p>LES OBJECTIFS</p>	<p>En rapport avec le concept de l'ETP : Acquisition par le patient de compétence et de connaissance pour gérer au mieux sa maladie et améliorer son bien-être psychosocial. Grâce au programme, le patient devient auteur de sa prise en charge.</p>
<p>LA MISE EN OEUVRE</p>	<p>Une équipe pluridisciplinaire a été recrutée. Elle se compose d'un Médecin endocrinologue coordinateur, de deux IDE d'éducation, d'une diététicienne, d'une podologue et d'une psychologue.</p> <p>Cette équipe a mis en place un programme éducatif comprenant des entretiens éducatifs individuels : ETP initiale, ETP de suivi régulier (renforcement), ETP de suivi approfondi (reprise)</p> <p>Et des ateliers collectifs (connaissance de la maladie, alimentation et diabète, groupe de parole, soins des pieds.</p> <p>Une journée par an est consacrée à la prévention : le 14 Novembre</p> <p>Nous travaillons en partenariat avec ADN, Sophia, Maison du diabète, OMS (sport sur ordonnance...)</p>
<p>RESULTATS QUANTITATIFS</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre de patient/ an : 400 * Suivi de Consultations (ETP de suivi)/ an : 700 (Durée moyenne de suivi d'un an) * Primo-découverte/ an : 50
<p>RESULTATS QUALITATIFS</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Retour positif des patients et de l'entourage * Amélioration de la qualité de vie des patients * Augmentation de l'espérance de vie (amélioration de l'Hba1c)
<p>LES POINTS FORTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Amélioration de la prise en charge de la maladie par les patients eux-mêmes * Renforcement du lien patient/ soignant + suivi à long terme * Bonne cohésion pluridisciplinaire pour prendre en charge le patient dans sa globalité
<p>LES POINTS FAIBLES</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Manque de moyens (locaux et financiers) * Problème de confidentialité (locaux exigus) * Indisponibilité des médecins pour les consultations externes et des patients lorsque ceux-ci sont en soins ou/ et en examens.
<p>LES PISTES D'AMELIORATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Organiser plus régulièrement des réunions d'équipe ETP pour réajuster, optimiser, améliorer le programme. * Création de nouveaux outils ou améliorer les outils déjà existants * Evaluation du programme par les patients et par l'équipe d'ETP * (Renforcement de l'équipe ETP : Un médecin dédié qu'à l'ETP)