

ADHESIONS

POUR LES PATIENTS	
QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute personne, majeure, diabétique de type 1 ou type 2
POUR QUOI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aider à la prise en charge de sa maladie ▪ Bénéficier des prestations du réseau (diététique, podologie, éducation collective...)
COMMENT ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de contact avec la coordination du réseau : 02.23.35.49.81 ▪ Signature du contrat d'adhésion
COMBIEN ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 €uros/an

POUR LES PROFESSIONNELS	
QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout professionnel de santé exerçant dans le secteur sanitaire 5
POUR QUOI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aider le patient dans la prise en charge de sa maladie ▪ Bénéficier du soutien des autres professionnels ▪ Bénéficier des prestations du réseau (formations, pluridisciplinarité, protocoles communs, outils EPP...)
COMMENT ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demande à la coordination du réseau : 02.23.35.49.81 ▪ Signature du contrat d'adhésion
COMBIEN ?	<p>Au choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 €uros/an et ouverture à des droits (formation indemnisée, forfait de coordination) ▪ pas de cotisation

LE DOSSIER MEDICAL ET LA FICHE DE BILAN ANNUEL

<p>C'EST QUOI ?</p>	<p>1) <u>LE DOSSIER MEDICAL :</u></p> <p>un classeur, détenu et apporté à chaque consultation par le patient, où chaque professionnel (médecin, infirmière, diététicienne, podologue, ...) peut inscrire les conclusions de sa consultation ou de son intervention et trouver les renseignements inscrits par les autres professionnels = <u>instrument de suivi, de communication et de dialogue avec le patient.</u></p> <p>2) <u>LA FICHE DE BILAN ANNUEL</u> = un outil pour le médecin pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir et analyser les données du patient, - Définir les risques prioritaires, - Décider avec le patient les interventions prioritaires. - Participer au programme d'E.P.P. des réseaux diabète.
<p>COMMENT ÇA MARCHE ?</p>	<p>1) <u>LE DOSSIER :</u></p> <p>remis lors de l'adhésion du patient, qui est chargé de l'apporter (au besoin lui rappeler) à chaque consultation.</p> <p>2) <u>LA FICHE DE BILAN ANNUEL :</u></p> <p>est remise au médecin, par les patients adhérents</p> <p>Un exemplaire est gardé dans le classeur du patient, un exemplaire est envoyé au réseau et un exemplaire peut être conservé dans le dossier du médecin.</p> <p>la liste des patients adhérents est envoyée chaque année au médecin</p> <p>3) <u>LE FORFAIT DE COORDINATION :</u></p> <p>rémunération de 20 Euros par fiche de bilan annuel totalement remplie et renvoyée au réseau.</p>

EDUCATION COLLECTIVE

C'EST QUOI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 séances à thèmes : connaissance de la maladie, diététique (3), auto surveillance glycémique, podologie, surveillance annuelle ▪ durée : 1h30 ▪ groupe : 6 à 10 personnes ▪ au choix : en fonction des besoins de chacun
POUR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ toute personne diabétique de type 1 ou type 2
PAR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ infirmières, podologues, diététiciennes, médecin généralistes, diabétologues formés à l'éducation et rémunérés ▪ dans le meilleur des cas : professionnels du secteur géographique
OU ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ au plus près de chez le patient, sur tout le département
QUAND ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisée en fonction des disponibilités des patients
LE SUIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ évaluation et suivi à 6 mois par IDE éducatrice, sur place ▪ 1 à 2 séances supplémentaires en fonction des besoins

DIETETIQUE

QUOI ?	- <u>EN INDIVIDUEL</u> : 2 consultations chez une diététicienne, prises en charge financièrement
	- <u>EN COLLECTIF</u> : 3 séances à thèmes
POUR QUI ?	- toute personne diabétique de type 1 ou type 2 (accompagnée du conjoint si besoin)
PAR QUI ?	- diététiciennes formées à l'éducation et rémunérées par le réseau
OU ?	- <u>en individuel</u> : au cabinet de la diététicienne - <u>en collectif</u> : au plus près de chez le patient, sur tout le département
QUAND ?	- tout le temps en fonction des disponibilités des patients
LE SUIVI	- 1 séance supplémentaire par an en fonction des besoins

LA MISE EN PRATIQUE

LES ATELIERS CUISINE

Organisés par la Maison du diabète
Appeler le : 02.99.41.83.78

LA PODOLOGIE

LE CDIAP	
C'EST QUOI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation pluridisciplinaire de diabéto-podologie de l'hôpital sud de Rennes
POUR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patient ayant une plaie (hors contexte d'urgence) ▪ patient à haut risque podologique (en préventif)
PAR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 diabétologue ▪ 1 podologue ▪ 1 infirmière ▪ 1 podo-orthésiste ▪ 1 médecin rééducateur ↳ pour l'appareillage
OU ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ au CHU Hôpital sud , service de diabétologie ▪ N° secrétariat : 02.99.26.71.42.
COMMENT ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ adressé par médecin traitant ou podologue, <u>uniquement après contact téléphonique avec un diabétologue hospitalier.</u> ▪ Après hospitalisation (phase d'urgence résolue)

**DEPISTAGE DE LA RETINOPATHIE
PAR RETINOGRAPHE NON MYDRIATIQUE**

POUR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout patient diabétique, ▪ supposé ne pas avoir de rétinopathie importante ▪ ET n'ayant pas eu de contrôle rétinien depuis ≥ 1 an (les patients qui ont une rétinopathie importante connue doivent être suivis par un ophtalmologiste)
OÙ ET QUAND ?	<p><u>AU CENTRE D'EXAMEN DE SANTÉ</u></p> <p>Place du Colombier – 35000 RENNES</p> <p>Du Lundi au Jeudi de 14h à 17h</p> <p>Prendre Rendez-vous au 02.23.44.00.44</p>
COMMENT ÇA SE PASSE ?	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de photos numériques de la rétine, <u>sans dilatation par mydriatique</u> (le patient peut conduire un véhicule après l'examen), - Transmission des photos au service d'ophtalmologie du CHU, lecture par un ophtalmologiste, - Compte rendu envoyé au patient et au médecin, - Prise de rendez-vous auprès d'un ophtalmologiste si anomalie détectée.

PRESTATIONS DIVERSES

L'ACTIVITE PHYSIQUE

- Proposition d'un bilan fait par un éducateur sportif pour une évaluation des capacités et des motivations du patient.
- Organisation de marches hebdomadaires par la maison du diabète

LES GROUPES DE PAROLE

- Encadrés par une psychologue,
- Groupes différenciés : type 1 et type 2.

LES SEANCES FRANCO-ARABES

- Animées par une infirmière bilingue et une diététicienne.

**FORFAIT INFIRMIER D'EDUCATION
POUR LA MISE SOUS INSULINE BASALE EN
AMBULATOIRE
Expérimentation**

C'EST QUOI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait infirmier de 5 séances éducatives (20 à 30 mn/séance) ▪ pour aboutir à l'autonomie du patient
POUR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient diabétique de type 2, ▪ maîtrisant déjà l'auto surveillance, ▪ capable d'autonomie ▪ dans le cadre du passage à l'insuline basale (schéma à 1 injection) associée aux ADO
PAR QUI ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infirmiers du secteur géographique ▪ formés par le réseau (cf liste)
OU ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au cabinet infirmier ou au domicile du patient
COMMENT ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescription du forfait infirmier sur un document spécifique , ▪ remis au patient avec la liste des infirmiers formés du secteur, ▪ Adhésion du patient au réseau (par téléphone), ▪ Les infirmiers remplissent une grille évaluative qui permettra de valider les acquisitions du patient ▪ Questionnaire d'évaluation 6 mois après la mise à l'insuline pour professionnels et patients
COMBIEN ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait de 100 €uros / patient pris en charge par le réseau

FORMATIONS PROFESSIONNELLES

INITIALES	Le diabète de type 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 jours ▪ en partenariat avec le CHEM ▪ indemnisée : prise en charge OGC 15C / jour ▪ experts : diabétologue, diététicienne, podologue
	Le risque cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 jours ▪ en partenariat avec le CHEM ▪ indemnisée : prise en charge OGC 15C / jour ▪ experts : diabétologue, cardiologue, tabacologue, diététicienne.
CONTINUE (thématique évolutive)	Programme 2006-2007 : Diabète : nouveaux traitements, nouvelles recommandations – Diabète et Maghreb – Organisation des soins podologiques.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 journée ▪ indemnisée ▪ experts : diabétologue, IDE, podologue.
SOIREES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ insulinothérapie et adaptation des doses ➤ matériels d'autosurveillance et d'injection ➤ mise à l'insuline basale en ambulatoire ➤ le pied diabétique : gradation du risque 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20h30-22h30 ▪ par secteur géographique ▪ non indemnisée ▪ experts : diabétologue, IDE de diabétologie, podologues
APRES MIDI	La prise en charge des plaies du pied diabétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14h00-18h00 ▪ non indemnisée ▪ experts : diabétologue, IDE, podologue, podologue orthésiste.

Remarque générale :

toutes ces formations sont pluridisciplinaires, concrètes et s'appuient sur l'étude de cas cliniques.

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)

<p>C'EST QUOI ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une démarche d'amélioration des pratiques consistant à <u>comparer sa pratique aux recommandations et à mettre en œuvre des actions d'amélioration.</u> - Obligation légale depuis 2005 = 250 « points » doivent être acquis en 5 ans, 100 points au titre de l'EPP, 150 points au titre de la formation continue (sous toutes ses formes)
<p>QUE PROPOSE LE RÉSEAU DIABETE 35 ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valider les 100 points d'EPP par l'utilisation de la <u>fiche de bilan annuel</u>, sur une période de 2 ans, pour 10 patients diabétiques de type 2 chaque année. - La fiche de bilan est centrée sur les 3 risques majeurs = risque lié à l'hyperglycémie, risque cardiovasculaire, risque podologique.
<p>COMMENT ÇA MARCHE ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inscription auprès du réseau, - Réception de 10 fiches, du mode d'emploi et des référentiels, - Collecter les données sur les fiches de bilan pour 10 patients diabétiques de type 2, - Envoyer les fiches au réseau, - En retour, une analyse et des propositions d'amélioration sont adressées au médecin, - Chaque médecin élabore son plan d'amélioration (seul <u>ou</u> en groupe), qu'il envoie avec un accusé de réception, - Un deuxième cycle de recueil est effectué un an plus tard (il n'est pas nécessaire que ce soit les mêmes patients).