L'education thérapeutique du patient diabétique

Présenté par :dr houbad

Définition de l'ETP:

- Ensemble des pratiques visant à permettre au patient et sa famille l'acquisition des connaissances et des compétences afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance en partenariat avec ses soignants
- Les compétences: ensemble des ressources que le sujet peut mobiliser pour traiter avec succés une situation
- Par ex: savoir qu'il faut prendre du sucre en cas d'hypoglycémie (les connaissances)
- Savoir estimer son hypoglycémie et prendre la bonne quantité du sucre (les compétences)

Les causes de l'echec dans la prise en charge de la maladie chronique:

- Mauvaise adhérence aux prescriptions
- Problèmes d'accés à des nouvelles thérapies
- Absence d'accompagnement

Les conditions pour une observance efficace et persistante (adhésion):

- -le savoir:acquis les compétences
- -Vouloir:motivation et conviction
- -Pouvoir:s'exprimer, choisir et prendre ses trt

les attentes du patient :

- Etre écouté et compris
- Etre informé et motivé

Les taches du soignant:

- Accueil du patient
- Annonce de la maladie
- Diagnostic des besoins en ETP
- Planification
- Éducation
- Suivi et évaluation

Les moyens de l'ETP:

- Endroit calme déstiné à l'ETP
- Réglette de titration
- Carnet du surveillance
- Des fiches pédagogiques
- Dietiticienne et psychologue

Comment réaliser l'ETP:

- 1/Élaborer un diagnostic éducatif:
- Identifier les compétences et les objectifs éducatifs du patient
- Identifier les facteurs facilitent et limitent l'apprentissage
- Identifier les projections du patient
- Le savoir :,,,,,,les connaissances
- Le savoir faire,,,,,les compétences
- le savoir etre ,,,,,,le changement du comportement

Comment lever les barrieres du patient:

- Écouter pour connaître le patient
- Evaluer pour définir le profil patient
- Prioriser les traitements
- Partager les connaissances et les compétences et surtout les décisions
- Motiver:entretien motivationel
- Autonomiser :à la titration des doses à la gestion des hypoglycémies

L'inertie thérapeutique:

- Est un comportement médical qui consiste à ne pas instaurer ou ne pas intensifier un traitement alors que les recommandations en vigueur le justifient en l'absence des freins médico-économiques
- Les facteurs d'inertie thérapeutique:
- Facteurs liés au medecin:absence d'instauration ou d'intensification du traitement
- Facteurs liés au patient :refus ou résistance aux modifications thérapeutiques
- Facteurs liés au système de santé

■ 2/l' entretien motivationel:

- C'est une approche centrée sur la personne ayant pour objectif de faciliter le changement d'un comportement nuisible à la santé en dépassant les freins liés à l'ambivalence
- Éviter le réflexe correcteur
- Explorer et comprendre les motivations écouter avec empathie
- Encourager le patient

Les connaissances:,,,,,,pour une obsevance,,,,,voire, adhesion au trt

- Observance thérapeutique:c'est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé(la capacité à prendre correctement son trt)
- Adhésion thérapeutique:acceptation du traitement par le patient et réflète sa participation active et volontaire dans celui-ci afin d'obtenir un résultat thérapeutique

- 1/devant hypoglycémie:
- Connaitre les signes cliniques et auto mesure de la glycémie capillaire
- Resucrage par voie orale si patient conscient
- Resucrage par voie parentérale en cas du patient inconscient ou injection du glucagan chel diabétique type 1
- 2/changement du site d'injection :pour éviter la lipodystrophie
- 3/hyperglycémie réactionnelle:en cas d infection ou sd grippal ou prise des corticoides :augmentation des doses d'insuline
- 4/cétose simple: hydratation orale et des rajouts d'insuline rapide
- 5/autotitration des doses d'insuline

6/Prévention du pied diabétique:

- Auto examen quotidien des pieds (miroir)
- Apprendre au patient à passer la main à l'intérieur pour enlever le caillou qui risque de le mener un jour à l'amputation
- Lavage quotidien et séchage soigneux surtout entre les orteilspour éviter la mycose interdigital
- Se limer les ongles plutôt que de les couper
- Ne jamais marcher pieds nus
- Hydratation des peaux séches et ou kératosiques
- Eviter la henne et les colorants comme l'éosine aqueuse
- Traitement des lésions pré-ulcératives

- Les chaussures doivent etre de bonne qualité choisis en fin de journée (lorsque le pied est gonflé), souples sans couture apparente intérieure
- En cas de déformation des semelles adaptés pour lever l'hyperpression
- Consulter en urgence à la moindre plaie

Éducation du patient diabétique pour pratiquer du sport

- Boire régulierement dés le début de l'effort
- Faut des mesures glycémiques avant pendant et après
- Faut la glycémie de départ dépasse 1,30g/l
- De préférence prise des glucides 30g sous forme des fruits avant l'effort
- Diminuer la dose d'analogue rapide avant l'effort de 30 à 50% selon l'intensité de l'effort (l'effort augmente la sensibilité des récepteurs à l'insuline)
- L'adaptation d'analogue lente est seulement en cas d'effort important prolongé (marathon): diminution de 15 à 30 % la dose la veille de la compétition

- L'adaptation d'analogue rapide qui suit la période d'effort ne sera nécessaire que si la glycémie après l'activité physique est inf à 1,20g/l
- Si shéma premix :diminution de la dose de 20%
- L'insuline devrait etre injecté dans une zone non sollicitée par l'activité musculaire (pour éviter la diffusion trop rapide d'insuline)
- En cas de rétinopathie diabétique proliférante:contre indicatiob des activités physiques intenses (boxe, lever du poids):risque de décollement rétinien ou hémorragie intra-vitréenne
- En cas de neuropathie :eviter les exercices comme le ski et la course d'endurance (risque de fracture ou ulcération)

Diabète et ramadan:

- Evaluation clinique et biologique:02 à 03 mois avant ramadan(l'etat du patient;affection intercurrente;gaj,hba1c;bilan lipidique)
- Patient à haut risque: (ne pas jeuner):
- Hypoglécémie à répétition ou hypoglycémie sévère ou non resentis 03 mois avant ramadan
- D†1
- Dialysé
- Femme enceinte
- Acido cétose 03 mois avant ramadan ou coma hyperosmolaire
- Travail physique intense
- Sujet agé vivant seul et traité par insuline ou sullfamide
- Patients agés en mauvais etat de santé

- Pour les patients qui jeunent:
- Ajustement des doses du traitement
- Hydratation suffisante
- Autosurveillance glycémique
- Rompre le jeune si:hypoglycémie inf à 0,7g/l ou hyperglycémie sup à 03g/
- Ou symptomes d'hypoglycémie ou maladie aigue

■ JE NE DEMANDE PAS À MON PATIENT DIABÉTIQUE DE DEVENIR CHAMPION MAIS JE LUIS DEMANDE D'ACCEPTER SA MALADIE ET DE S'AIMER