

Programme Diabète 2012-2016

Nouvelle-Calédonie
2012

www.ass.nc

ASS-NC



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie





SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	6
Le diabète	6
Les types de diabète	6
Le dépistage du diabète	7
Le pré diabète	8
La prévention du diabète	8
II. CONTEXTE	10
Historique	11
Les principes de l'élaboration du programme	12
III. PARTICULARITES CALEDONIENNES	14
Les particularités géographiques, populationnelles et économiques	14
Particularités culturelles « océaniques » sur la maladie, la conception de la maladie	15
IV. ETAT DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE	16
V. QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	18
Le suivi	18
La sévérité	19
VI. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	21
Les institutions	21
L'offre et les services de santé	21
La couverture médicale des diabétiques.....	22
La prise en charge du diabète	23
VII. FINALITES ET OBJECTIFS GENERAUX DU PROGRAMME	25
VIII. PRESENTATION DU PROGRAMME	26
La coordination / direction	27
Les actions transversales	28
Les actions relevant de thèmes spécifiques	41



ABREVIATIONS UTILISEES

ADNC	Association des Diabétiques de Nouvelle-Calédonie
ADO	Anti Diabétique Oral
ASS	Agence Sanitaire et Sociale
ATIR	Association de Prévention et de Traitement de l'insuffisance Rénale en NC
CDRD	Cellule de dépistage de la rétinopathie Diabétique
CEDD	Centre d'Education Diabétique et Diététique
CHN	Centre Hospitalier Nord (2 sites Koumac et Poindimié)
CHT	Centre Hospitalier Territorial de NC (4 sites)
CPPD	Comité de Pilotage du Programme Diabète
COMISSE	Commission Santé, Social, Environnement (association de femmes)
DACAS	Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sanitaire Province des Iles Loyauté
DASS.PS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société Province Nord
DPASS	Direction Provinciale de l' Action Sanitaire et Sociale de la Province Sud
ET	Education Thérapeutique
FID	Fédération Internationale du Diabète
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
LM	Longue Maladie
MG	Médecin Généraliste
NC	Nouvelle-Calédonie
PCNS	Programme Calédonien Nutrition Santé
PN	Province Nord
PPS	Programme de Prévention des pathologies de Surcharge
RESIR	Réseau Insuffisance Rénale
SLN	Société Le Nickel
SMIT	Service Médical Inter Entreprise du Travail
UMA	Unité Médicale Ambulatoire

D'une manière générale, le présent document utilise la terminologie de population « océanienne » pour qualifier les populations d'origine mélanésienne ou polynésienne vivant sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie par opposition aux populations d'origine « européenne ».



PREAMBULE

L'Agence Sanitaire et Sociale est un établissement public administratif de la Nouvelle-Calédonie qui a pour objet de faciliter la garantie du droit à la santé pour tous, au travers d'un niveau adapté de protection sociale.

Pour exercer ses missions l'ASS-NC dispose de subventions, dons et legs, emprunts, impôts et taxes affectés et de tous produits issus de son activité. L'ASS-NC a deux principales missions :

- La participation aux actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention via :
 - o L'analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique ;
 - o L'émission de recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé
- Le soutien de l'offre hospitalière de soins :
 - o Le financement et le suivi des investissements hospitaliers conformément aux dispositions de la carte sanitaire, aux schémas d'organisation sanitaire et aux plans de financement arrêtés par le Congrès ;
 - o Le financement de contrats d'objectifs conclus entre la NC et les établissements hospitaliers ou les organismes de protection sociale.

Dans le cadre des actions de prévention et de promotion de la santé, divers programmes sont mis en œuvre par l'ASS-NC. Le diabète, les pathologies de surcharge, les cancers féminins, l'hygiène bucco-dentaire, le VIH/SIDA/IST, le rhumatisme articulaire aigu et l'addictologie font partie des thèmes de prévention développés dans les programmes.



I. INTRODUCTION

Le diabète

Le diabète est une maladie métabolique d'origine multifactorielle, chronique, causée par une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline, entraînant un excès de sucre dans le sang.

Le diagnostic se fait essentiellement par la mesure de la glycémie veineuse à jeun. Il est posé dès que le résultat dépasse 1,26 g/l à deux reprises.

Si l'insuline est insuffisante ou si elle ne remplit pas son rôle adéquatement, comme c'est le cas dans le diabète, le glucose

(sucre) ne peut pas servir de carburant aux cellules. Il s'accumule alors dans le sang. À la longue, l'hyperglycémie provoquée par la présence excessive de glucose dans le sang entraîne certaines complications, notamment au niveau des yeux, des reins, des nerfs, du cœur et des vaisseaux sanguins...

Nous savons que certains facteurs peuvent influencer l'apparition la maladie : l'hérédité et l'obésité principalement, mais aussi la grossesse, certains virus ou certains médicaments, etc.

Les types de diabète

Il existe 2 types principaux de diabète : le type 1 et le type 2. Parfois, le diabète se développe pendant la grossesse et on l'appelle alors diabète gestationnel.

Le diabète de type 1

Le diabète de type 1 débute dans l'enfance, à l'adolescence et chez les jeunes adultes. Il se caractérise par l'absence totale de production d'insuline. C'est une maladie d'emblée très parlante avec des symptômes au premiers plan. Compte tenu de sa rareté (environ 5% des cas), il ne pose pas réellement de problème de santé publique en Nouvelle-Calédonie.

Le diabète de type 2

Le diabète de type 2 se manifeste habituellement plus tard dans la vie, généralement vers l'âge de 40 ans, mais parfois plus tôt dans certaines populations à risque. La très grande majorité des personnes atteintes de diabète en Nouvelle-Calédonie ont ce type de diabète (plus de 90 % des cas).

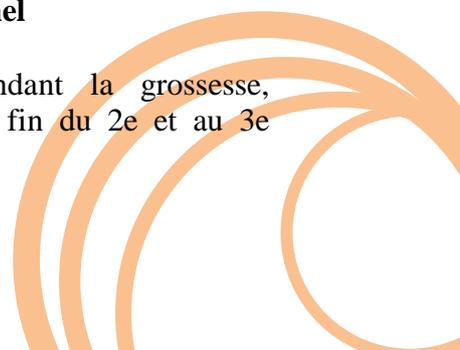
La maladie est due à un excès de poids en présence d'une prédisposition génétique (hérédité). Le manque d'activité physique et une alimentation riche en graisses favorisent l'excès de poids. Nous savons que les peuples polynésiens et les populations récemment urbanisées développent la maladie plus que les autres.

Dans le diabète de type 2, les symptômes sont absents pendant plusieurs années. Malheureusement, lorsqu'il est diagnostiqué certaines complications sont déjà installées.

En apportant des corrections importantes aux habitudes de vie (alimentation équilibrée et activité physique régulière), il est possible d'empêcher ou de retarder l'apparition de la maladie, et aussi d'en diminuer l'impact.

Le diabète gestationnel

Il se manifeste pendant la grossesse, généralement vers la fin du 2^e et au 3^e



trimestre. Dans 90 % des cas, il disparaîtra après l'accouchement.

Il affecte à la fois le bébé et la mère. L'enfant risque d'être plus gros que la normale. Chez la mère, la présence du diabète accroît les risques d'hypertension artérielle et d'infections, augmente le niveau de fatigue. Ceci peut causer des complications lors de l'accouchement (taux de césarienne augmenté, hypoglycémie néonatale, mort in utero).

Le diabète gestationnel se traite et se contrôle par l'adoption d'une bonne hygiène de vie, notamment des modifications de l'alimentation. Si malgré ces changements le diabète n'est pas bien contrôlé, l'utilisation d'insuline devient nécessaire.

Les complications du diabète

Quand le diabète n'est pas bien contrôlé, l'excès de sucre dans le sang détériore progressivement les artères.

Les grosses artères se bouchent :

Les maladies cardiovasculaires

Elles sont responsables de 70 à 80% des décès des diabétiques (contre 40% dans la population). Elles touchent principalement le cœur (infarctus), le cerveau (accident

vasculaire cérébral) et les membres inférieurs (artérite). D'autres facteurs interviennent dans le développement de ces maladies, mais la présence du diabète en favorise l'émergence.

Les petites artères se déchirent :

La néphropathie

L'excès de sucre va abîmer les petits vaisseaux sanguins rénaux et perturber le travail de filtration du rein. Cela aboutit à l'insuffisance rénale : le sang n'est plus nettoyé correctement. À un stade avancé, elle conduit à la dialyse. La néphropathie diabétique est l'une des principales causes de dialyse en Nouvelle-Calédonie.

La neuropathie

L'excès de sucre va abîmer les petits vaisseaux sanguins des nerfs et perturber considérablement la sensibilité à la douleur. Elle peut causer notamment des complications graves du pied (risque d'amputation multiplié par 30). La neuropathie diabétique est l'une des principales causes d'amputation du membre inférieur en Nouvelle-Calédonie.

La rétinopathie

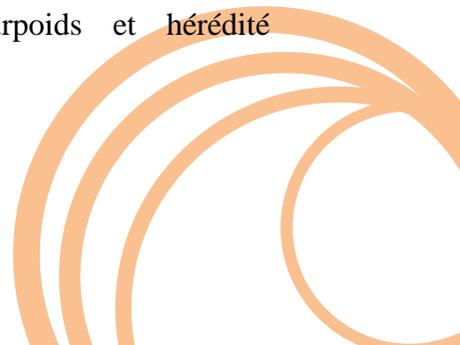
L'excès de sucre va abîmer les petits vaisseaux sanguins de la rétine et perturber la vision. La rétinopathie est l'une des principales causes de cécité chez les adultes en Nouvelle-Calédonie.

Le dépistage du diabète

Le diabète de type 1 est une maladie bruyante, et de fait ne pose pas de problème de dépistage.

Le diabète de type 2, au contraire, est une maladie longtemps silencieuse (environ 10

ans) opérant des dégâts à bas bruit. Se pose donc le problème de son dépistage. Celui-ci devrait être systématiquement proposé aux personnes qui présentent des facteurs de risque (âge, surpoids et hérédité principalement).



Le pré diabète

On parle de pré diabète lorsqu'une personne présente un taux de glycémie supérieur à la normale, mais inférieur au seuil du diabète, soit une glycémie veineuse à jeun comprise entre 1,00 et 1,26g/l.

Les personnes présentant un pré diabète ont plus de risques de développer le diabète de type 2. Il n'est donc pas surprenant que le pré diabète partage de nombreuses caractéristiques avec le

diabète de type 2 et soit associé à l'obésité, au vieillissement et à l'incapacité du corps à utiliser l'insuline qu'il produit. Les personnes qui présentent un pré diabète ne développeront cependant pas toutes le diabète de type 2.

A ce stade, la maladie peut encore être évitée ou retardée par l'adoption de mesures hygiéno-diététiques adéquates (alimentation équilibrée et activité physique régulière).

La prévention du diabète

Contrairement au diabète de type 1, on peut prévenir le diabète de type 2. La prévention est complexe, certains de ses aspects sont essentiellement sanitaires liés au développement de l'offre et à l'accès aux soins, ils sont en rapport avec le dépistage précoce, la prise en charge optimisée et la prévention des complications.

La prévention peut se faire à 3 niveaux différents :

La prévention primaire comprend les activités visant à prévenir la survenue d'un diabète chez des sujets ou des populations sensibles en modifiant les facteurs de risque. Elle a pour objectif de limiter l'ampleur de l'épidémie à venir par la diminution du nombre de nouveaux cas. Il y a deux types de prévention primaire complémentaires :

- Les activités visant à diminuer la fréquence ou l'importance des facteurs de risque du diabète dans la population (approche collective). Elle rejoint celle de l'obésité. Elle demande une implication multisectorielle, et au-delà de véritables choix de vie à faire par les calédoniens en regard de leur alimentation et de leur activité

physique. Elle est développée par un programme spécifique de l'Agence sanitaire et sociale, le Programme de prévention des pathologies de surcharge (PPS) qui s'articule avec le présent programme.

- Les activités visant à empêcher que les personnes présentant déjà des facteurs de risque ou un pré diabète ne progressent vers la maladie (approche individuelle). Une attention, une éducation et des conseils particuliers sont nécessaires.

La prévention secondaire vise à réduire la gravité du diabète en le diagnostiquant le plus tôt possible chez les personnes à risque. Cette prévention comprend toutes les stratégies visant à déceler des cas de diabète jusqu'ici non diagnostiqués (dépistage).

La prévention tertiaire a pour but de limiter au maximum les complications liées au diabète par une prise en charge optimisée. Elle présente trois étapes successives : prévention de l'apparition des complications, prévention de l'aggravation des complications et prévention des incapacités liées aux complications.

L'Education thérapeutique prend ici toute sa place en visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. En effet, la moitié du pronostic du diabète est liée à la prise en charge non médicamenteuse. Il s'agit de préciser positivement et factuellement le bénéfice que le patient peut tirer de chaque adaptation d'hygiène de vie, de s'attacher à lui faire comprendre sa maladie et les risques qui lui sont liés, notamment chez le patient diabétique sans symptôme. L'objectif n'est pas de se substituer au médecin traitant, mais de venir en complément de son action, d'optimiser et de renforcer la relation médecin traitant-patient. Le patient devient ainsi acteur, voir auteur de sa santé.

Le traitement intensif du diabète permet de réduire l'incidence des complications avec une baisse de 25% (DCCT) à 65% (UKPDS) des complications micro vasculaires, de 33% des cécités¹, de 30% à 70% des amputations². Ceci prouve l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'un traitement (dont des mesures hygiéno-diététiques) de qualité.

¹ Baklund, 1997

² Edmonds, 1986 ; Larson, 1995; Carrington, 1996



II. CONTEXTE

Problématique et enjeux

En 2011, le diabète touchait 366 millions de personnes dans le monde. Il meurt un diabétique toutes les 7 secondes, soit au total 4,6 millions en une seule année. La facture du diabète se monterait à 340 milliards d'euros. En 30 ans, le nombre de personnes diabétiques a plus que doublé à la surface du globe. D'ici 2030 les estimations sont préoccupantes avec un nombre attendu de diabétiques de 552 millions (prévalence mondiale : 9,9 %)³.

Dans la région Pacifique, la Fédération Internationale du Diabète, en accord avec l'OMS, estime qu'il y a 132 millions de diabétiques en 2011 et en prévoit 188 millions en 2030⁴.

En Nouvelle-Calédonie, l'étude CALDIA⁵ conduite par l'INSERM en 1992-1993 dans une population représentative de personnes des deux sexes (échantillon de 9 390) âgées de 30 à 59 ans, le nombre de personnes atteintes de diabète a été estimé à 5 300, soit une prévalence totale du diabète estimée sur la base de dosages systématiques à 10,2% de cette population (15,3% chez les populations d'origine polynésienne et 8,4% dans les populations mélanésiennes et européennes) selon les critères OMS de l'époque.

A la suite de cette étude montrant une prévalence trois fois supérieure à celle de la métropole à la même époque, le diabète a été inscrit par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie comme un des thèmes prioritaires de santé publique.

Au 31 décembre 2011, la CAFAT dénombrait 11 098 personnes prises en charge en Longue Maladie pour pathologie diabétique⁶. Le diabète concerne 28% des patients pris en charge au titre du régime de Longue Maladie. Mais la Fédération Internationale du Diabète estime qu'à peu près un tiers des patients ignorerait son état en Nouvelle-Calédonie⁴, ce qui porterait aujourd'hui à un peu plus de 15 000 le nombre de personnes diabétiques.

L'organisation mondiale de la santé prévoit que le nombre de personnes diabétiques doublera entre 2005 et 2025, faisant du diabète **la nouvelle épidémie mondiale**.

Cette pandémie est à mettre en parallèle avec le surpoids et l'obésité qui font le lit du diabète. En 2010, la Nouvelle Calédonie comptait 57% d'adultes (29% en surpoids et 28% obèses)⁷ et près de 20% d'enfants en excès de poids.

Le nombre grandissant de cas de diabète entraîne de lourdes conséquences pour la société, surtout si on considère que 30 % des personnes diabétiques contracteront des complications graves invalidantes, voire même mortelles. Le diabète est une des principales causes d'insuffisance rénale, de cécité et d'amputations non traumatiques, et un facteur très important de maladies cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux.

Le fardeau économique et social du diabète est énorme. En Nouvelle-Calédonie, le diabète est la 2^{ème} cause de prise en charge en Longue Maladie (derrière l'hypertension artérielle sévère).⁶

³ Whiting DR et coll. : IDF Diabetes Atlas : Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract., 2011 ; 94 : 311-21.

⁴ Diabetes Atlas 5^e ed. International Diabetes Federation/2011

⁵ Papoz L, Barny S, Simon D and the caldia Study Group. Prevalence of diabetes mellitus in New-Caledonia: ethnic and urban-rural differences. Am J Epidemiol 143: 1018-24, 1996

⁶ Wolf P, Petit S. Prise en charge de la longue maladie par le RUAMM. CAFAT. Août 2012.

⁷ Baromètre santé 2010 de la Nouvelle Calédonie. ASS NC. Juin 2011.

La CAFAT consacre 12% de son budget aux dépenses directes liées au diabète (5,5 milliards FCFP), soit 20% du budget Longue Maladie (LM). Les dépenses indirectes sont difficiles à évaluer : arrêt de travail, invalidité, ...

Les principaux postes de dépenses sont l'hospitalisation, la pharmacie et les EVASAN. La médecine générale vient en 6^{ème} position.

Le coût moyen annuel par diabétique est d'environ 550 000 FCFP (hors hospitalisation et EVASAN).

Historique

A la suite de l'étude CALDIA en 1992-1993, le diabète a été inscrit par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie comme un des thèmes prioritaires de santé publique.

Le premier programme diabète a été rédigé par le Comité de prévention de la Nouvelle Calédonie en 1994. La création (en 1999) du Centre d'éducation diabétique et diététique (CEDD) était l'un de ses objectifs majeurs.

Au début de l'année 2002, une nouvelle étape importante en regard de l'accès à une éducation de qualité pour tous les diabétiques, a été franchie avec la mise en place au sein du CEDD d'une équipe itinérante. Ceci a nécessité le recrutement d'une diététicienne supplémentaire, d'une secrétaire et d'un médecin passé à temps plein. Cela a permis de former l'ensemble des équipes des dispensaires de l'intérieur et des îles à la prise en charge des patients diabétiques au plus près de leur lieu de vie.

Environ quatre cent cinquante stages d'éducation pour patient diabétique sont réalisés chaque année au CEDD et autant

de patients sont éduqués au sein des dispensaires.

La présence de poly pathologie (86% des diabétiques) double le coût annuel du diabète. Compte tenu de l'augmentation prévisible du nombre de diabétiques et de l'amélioration de leur espérance de vie ce budget se majorera considérablement dans les années à venir, ce qui impose une rationalisation de la prise en charge médicale.

En 2012, le diabète est toujours un problème de santé publique majeur en Nouvelle-Calédonie.

Le CEDD assure, en collaboration avec le CHT, la formation continue des professionnels de santé notamment de l'intérieur et des îles.

D'autres améliorations de la prise en charge des diabétiques ont été permises : poste de diététicien hospitalier attaché au service de médecine interne du CHT, système du médecin référent et prise en charge à 100% de la pathologie, formations des professionnels de santé, etc.

Le programme 2006-2010 a permis de développer plusieurs axes importants : le dépistage, l'éducation, le suivi ophtalmologique, les soins de podologie et l'intensification du traitement proposé aux diabétiques.

Le Programme 2012-2016 développé plus loin se situe dans la continuité du précédent.



Les principes de l'élaboration du programme

Le programme technique proposé dans les pages suivantes tient compte des éléments d'épidémiologie de la Nouvelle-Calédonie et de l'évaluation externe du précédent programme conduite par Cemka-Eval (rapport de mars 2011).

Il a été alimenté par une réflexion étendue menée lors d'un séminaire diabète de 3 jours en Avril 2011 comprenant 11 ateliers, mobilisant l'ensemble des acteurs dans une volonté d'optimisation de l'utilisation des ressources et organisations existantes.

La parole des patients a été prise en compte, tout comme les spécificités culturelles calédoniennes.

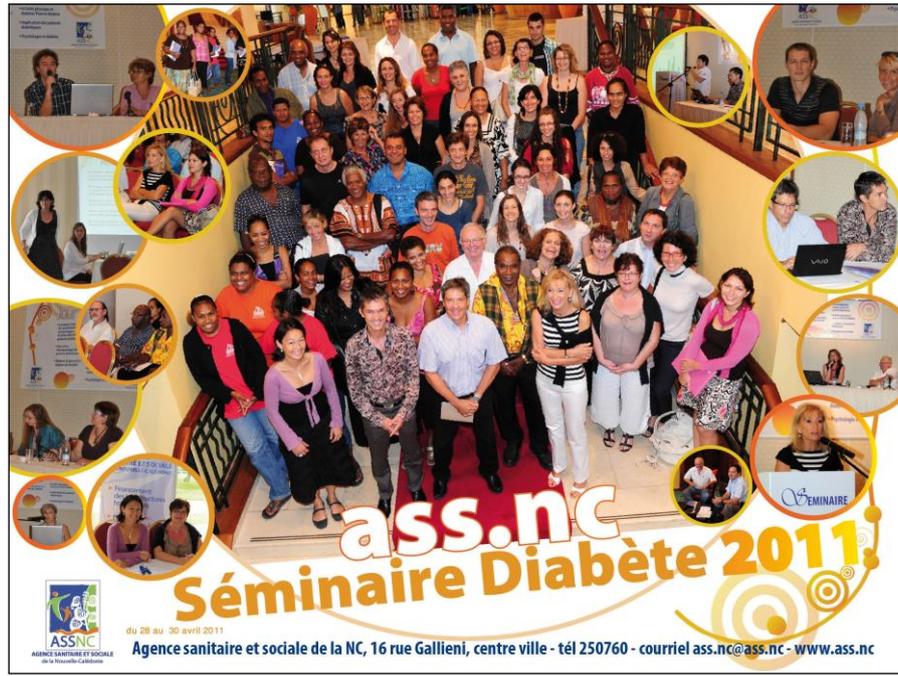
Le programme exprime la volonté d'un discours « national » commun sur le diabète avec une convergence des efforts et des actions, et la volonté d'améliorer l'accès au système de soins sur l'ensemble du territoire.

Il est basé sur le travail d'un **comité de pilotage** et de groupes de travail auxquels ont participé des professionnels des trois provinces, de la DASS, de la CAFAT, du CHT, du secteur libéral...

Les groupes de travail ont été coordonnés par le Dr Dominique Mégraoua, pilote du programme. La synthèse des travaux a permis l'élaboration de ce document.

Ont participé activement aux groupes de travail :

Dr J. Agenor, médecin gynéco-obstétricien CHT Magenta
 Dr S. Ben Abdennebi, médecin du contrôle médical CAFAT
 Mme S. Bonnehon, infirmière Clinique baie des citrons
 Mme N. Carli, psychologue CEDD ASS-NC
 Mme Ch. Chatellard, secrétaire CEDD ASS-NC
 M J. Cholière, éducateur sportif CEDD ASS-NC
 M N. Darsaut, président du syndicat des Pharmaciens
 Dr I. Defremicourt, médecin de prévention DPACAS Îles loyauté
 Dr I. Descamps, médecin diabétologue CHT Gaston Bourret
 Mme I. Descamps, diététicienne CEDD ASS NC
 M JM. Desvals, orthoptiste libéral
 Dr P. Domingue Mena, médecin de prévention DASS-PS Nord
 Dr Ph. Eono, sous-directeur DAPSS Sud
 M Ch. Fouquet, président du syndicat des Biologistes
 Mme P. Galvier Michel, présidente du syndicat des podologues
 Dr M. Genton, président du syndicat des médecins libéraux
 Dr C. Hénin, médecin endocrinologue libérale
 Mme B. Hinsinger, présidente de l'association des diabétiques
 Dr E. Mancel, médecin ophtalmologiste CHT Gaston Bourret
 Dr P. Marais, médecin du contrôle médical CAFAT
 Mme P. Morand, diététicienne CEDD ASS-NC
 Mme S. Mitton, diététicienne libérale
 Mme V. Nicol, maman de jeune diabétique
 Mme H. Nugues, réseaux ASS-NC
 Dr A. Pfannstiel, médecin de prévention DASS-NC
 Dr M. Pin, médecin au CEDD ASS-NC
 Mme I. Raobelina, pilote PPS ASS-NC
 Mme A. Ruffin, infirmière CEDD ASS-NC
 Dr D. Salino, médecin du travail SMIT
 Dr B. Rouchon, directeur de l'ASS-NC
 Dr D. Mégraoua, médecin pilote du programme diabète ASS-NC



SEMINAIRE

**PROGRAMME 2011-2015
de PRISE en CHARGE
du DIABETE en NC**

Jour 1 Jour 2 Jour 3

- Comment tirer profit des particularités économiques, sociales et culturelles des patients diabétiques
- Education thérapeutique du patient diabétique
- Diabète et grossesse / Diabète de l'enfant
- Diététique et diabète
- Coordination et pilotage du programme
- Coordination des acteurs autour du patient diabétique
- Activité physique et diabète/ Pied et diabète
- Implication des patients diabétiques
- Psychologie et diabète
- Dépistage du diabète
- Formation des professionnels

ASSNC
 AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
 de la Nouvelle-Calédonie



III. PARTICULARITES CALEDONIENNES

La Nouvelle-Calédonie de par sa géographie et son histoire présente des caractéristiques propres.

Les particularités géographiques, populationnelles et économiques ^{8 9}

8 9

Bien que des progrès importants aient été accomplis depuis les années 80, le pays reste à deux vitesses avec une partie développée et une autre partie moins développée.

- Une forte concentration des populations sur l'agglomération capitale : Plus de 60% de la population vit dans le Grand Nouméa (1% du territoire). Le reste de la région Sud, le Nord et les Iles sont à dominante rurale avec des petites villes de 5000 habitants maximum. L'exode rural vers la capitale reste important. Les migrations extérieures restent modestes, le solde migratoire moyen depuis 2000 est de 800 personnes par an venant surtout accroître la population de la capitale.
- Des évolutions démographiques avec un vieillissement notable : La Nouvelle-Calédonie compte 244 000 habitants dont 63% d'adultes. Les indicateurs démographiques se rapprochent de ceux des pays les plus développés mais l'espérance de vie reste plus faible qu'en Métropole (-4 ans pour les femmes, -5,5 ans pour les hommes). Surtout, les écarts entre la situation des Provinces Nord et Iles et

la Province Sud subsistent même s'ils se réduisent (l'espérance de vie est supérieure de 4 ans dans le Sud par rapport aux deux autres Provinces). Les projections permettent d'estimer que d'ici 2025, on observera un triplement du nombre de personnes de plus de 65 ans. Un calédonien sur 6 sera âgé de plus de 60 ans, contre 1 sur 11 en 2004.

- Des inégalités économiques criantes : 20% des ménages bénéficient de 47% des revenus calédoniens. Ces ménages reçoivent en moyenne des revenus supérieurs de 40% aux 20% des ménages métropolitains les plus aisés. Les ressources (monétaires) par ménage sont deux fois plus élevées en Province Sud qu'en Province Nord ou que dans les Iles Loyauté.
- La recherche d'un équilibre entre le modèle « moderne » et les règles coutumières traditionnelles de la société Kanak. L'insertion des familles Kanaks dans l'économie de marché reste encore limitée et de nouveaux problèmes apparaissent du fait de la perte de repères, plus particulièrement chez les jeunes. Inversement, les cultures océaniques restent souvent mal comprises des populations d'origine européenne, en particulier lorsqu'elles sont d'arrivée récente.

⁸ Nouvelle-Calédonie 2025 : Diagnostic et Enjeux, Schéma d'Aménagement et de Développement de la Nouvelle-Calédonie. Haut-commissariat de la République en Nouvelle-Calédonie et Gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Décembre 2009.

⁹ Synthèse N° 23. ISEE NC. Janvier 2012.

Particularités culturelles « océaniques » sur la maladie, la conception de la maladie

- La conception de la maladie chez les Océaniens est différente de la perception européenne. La maladie est considérée comme un malheur, une punition. Le malheur est la résultante d'une mauvaise action, d'une coutume non respectée. La maladie chronique n'existe pas puisqu'il suffit d'agir pour rétablir l'équilibre rompu temporairement. Enfin, l'existence du symptôme semble essentielle pour assurer la prise de conscience de l'existence de la maladie ce qui peut retarder les prises en charge.
- Il existe une médecine traditionnelle très active, à laquelle toutes les populations océaniques ont recours au moins dans les premiers temps de la maladie (elle traite les symptômes). Contrairement à d'autres cultures traditionnelles, les guérisseurs ne sont pas nécessairement des professionnels de la maladie. Il semble que les dons et connaissances permettant de traiter les maladies soient répartis entre de nombreux tradi-praticiens spécialisés dans la prise en charge de tel ou tel symptôme mais pas de l'ensemble des maladies. Ce point est évidemment un obstacle pour imaginer des collaborations formalisées entre système de santé traditionnel et système de santé moderne. Les deux approches traditionnelles et modernes de la santé coexistent sans heurts apparents, mais très peu d'échanges existent entre les professionnels du système de santé et les tradi-thérapeutes (aux pratiques secrètes).
- Les questions alimentaires ne relèvent pas nécessairement du champ de la santé. Le surpoids semble valorisé dans certains groupes ethniques (les communautés wallisiennes et polynésiennes). Il est évident que l'alimentation d'une partie de la population est fortement déséquilibrée : près de 60% de la population est en surpoids et 20% des enfants calédoniens de moins de 14 ans sont obèses. Ces problèmes de surpoids et d'obésité sont toutefois liés à de nombreux autres facteurs que des facteurs culturels (niveau socio-économique, offre alimentaire locale, éducation, etc.).



IV. ETAT DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

Les données disponibles sur l'épidémiologie du diabète en Nouvelle-Calédonie constituent un puzzle fondé sur des critères et des approches différentes.

Dans l'étude CALDIA (1992-93), le taux de **prévalence totale du diabète** a été estimé à 10,2% dans la tranche d'âge 30-59 ans selon les critères OMS de l'époque, soit **8,9%** en standardisant sur la population Monde.

La source principale de données sur le **diabète connu** repose aujourd'hui sur les données issues de la CAFAT qui couvre une large part de la population (75%) mais qui ne reflète peut-être pas les particularismes des provinces Nord et Iles Loyauté.

Au 31 décembre 2011, la CAFAT dénombrait 11 098 personnes prises en charge en Longue Maladie pour pathologie diabétique, soit un taux de prévalence proche de **4%**.

Des données détaillées ont été établies par le département statistique de la CAFAT sur la population diabétique pour l'année 2008 : l'âge moyen des diabétiques était de 61 ans, le sex-ratio H/F était proche de 1 (49,6% d'hommes), 47% des patients bénéficiaient d'une prise en charge en Longue Maladie depuis plus de 5 ans.

Entre 2008 et 2010, le nombre de bénéficiaires pris en charge en Longue Maladie pour diabète a augmenté de 19,2%, soit un taux de croissance annuel de 9,6%, en augmentation.

Ce taux de prévalence du diabète connu proche de 4% en 2011, est inférieur à celui de la Métropole (4,4%). Ce taux est encore inférieur dans la Province Nord.

Toutefois, on observe un taux de croissance annuel élevé à la fois en nombre de personnes (+ 9% par an) et en taux de prévalence à structure démographique

constante (+ 4,6%), supérieur à celui de la Métropole (4,0%), qui pourrait s'expliquer en partie par l'amélioration du dépistage ces dernières années et pour l'autre partie par une occidentalisation des modes de vie entraînant une progression de l'obésité.

Le taux de prévalence du **diabète traité** est évalué en 2009 à **3,4%** (8 566 bénéficiaires ont été traités pour diabète). Un tel taux situe la fréquence du diabète traité à un niveau inférieur à celui observé en métropole ou dans les DOM sur les mêmes critères (taux standardisé de 4,4% en 2009 pour l'ensemble de la France, 8,8% à la Réunion, 8,1% en Guadeloupe, 7,4% en Martinique, 7,3% en Guyane¹⁰).

La proportion des patients traités pharmacologiquement pour un diabète pris en charge en Longue Maladie pour leur pathologie diabétique était de 94,2%, ce qui est notablement plus élevé qu'en métropole (84%) ou dans les DOM (86%¹¹).

Les patients étaient âgés en moyenne de 61 ans (écart-type = 12,5 ans), cet âge moyen était le même chez les hommes et chez les femmes. Les hommes représentaient 49,5% des patients (une surreprésentation des femmes est également retrouvée dans les DOM contrairement à la situation de la métropole où les hommes sont plus fréquemment concernés par le diabète que les femmes).

¹⁰ Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009 ? Bull Epidémiol. Hebd 2010;42-43:425-31

¹¹ Ndong JR, Romon I, Druet C, Prévot L, Hubert-Brierre R, Pascolini E, Thomasset JP, Cheungkin R, Bravo A, Chantry M, Deline J, Paumier A, Weill A, Fagot-Campagna A. Caractéristiques, risque vasculaire, complications et qualité des soins des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer et comparaison à la métropole : Entred 2007-2010, France Bull Epidémiol Hebd 2010;42-43:432-6

La prévalence du diabète augmentait rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 16,8% chez les septuagénaires des deux sexes. Dans la population âgée de plus de 40 ans, 1 personne sur 11 était traitée pour diabète (8,8%). Globalement et après ajustement sur l'âge, la prévalence était légèrement plus élevée chez les femmes (3,4%) que chez les hommes (3,3%). Une analyse en fonction de l'âge montrait une prévalence plus élevée chez les femmes dans la tranche d'âge 50 - 59 ans, et à l'inverse une prévalence plus élevée chez les hommes dans la tranche d'âge 80 ans et plus.

La situation du **diabète méconnu** reste incertaine car les données disponibles sont en partie contradictoires.

Dans l'étude CALDIA, le nombre de personnes âgées entre 30 et 59 ans et atteintes de diabète a été estimé à 5 300, soit un taux de prévalence du diabète total de 10,2% dans cette tranche d'âge (8,9% en standardisant sur la population Monde). Le diabète méconnu représentait 56% de l'ensemble des cas de diabète (63% pour les mélanésiens, 49% chez les polynésiens, 39% chez les européens).

Plus récemment, lors du dépistage conduit par l'ADNC le diabète méconnu représentait 36% environ des cas de diabète.

En métropole, environ 28% de l'ensemble des cas connus ou non de diabète serait non traités pharmacologiquement (Etude ENNS 2006, INVS), ce qui laisse à penser que le taux de diabète méconnu demeure très supérieur en Nouvelle-Calédonie par rapport à la métropole.

Dans son rapport de septembre 2011, la Fédération Internationale du Diabète (FID) estime à 46% le diabète méconnu en Nouvelle Calédonie.

Un Baromètre Santé territorial a été réalisé par l'ASS-NC en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de la population des 18 - 67 ans, avec pour objectif de mieux connaître les comportements des calédoniens en matière de santé et aider à définir les programmes de prévention dans le domaine de la santé. 2 513 personnes ont été interviewées. Parmi elles, 464 volontaires ont accepté dans un second temps des mesures biométriques et biologiques dont une glycémie capillaire, permettant une simple approche de la situation. La prévalence de l'hyperglycémie était de 12,7% (12,3% pour les femmes et 13,6% pour les hommes). Ajustée sur l'âge ce taux était de 10,9% (11,4% pour les femmes et 10,4% pour les hommes).

Tous ces éléments plaident pour une politique de prévention active du diabète, qu'il s'agisse de prévention primaire, de dépistage ou de prévention tertiaire.



V. QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Le suivi

La surveillance biologique des patients diabétiques est globalement satisfaisante, et en cela, la situation néo-calédonienne est équivalente à ce qui est observé en Métropole.

Les sources se recourent pour dire que presque tous les patients ont au moins un dosage de l'HbA1c dans l'année, mais il semblerait que les trois dosages recommandés ne soient effectués que pour moins de la moitié d'entre eux (en métropole, 45% des patients diabétiques ont bénéficié de 3 dosages d'HbA1c ou plus dans l'année en 2010, contre 39,44% en Nouvelle-Calédonie).

Les complications cardiaques semblent mieux surveillées en Nouvelle-Calédonie (47% à 77% d'ECG en NC versus 39% en Métropole).¹²

La pratique du bilan dentaire semble deux fois moins fréquente (19% en NC versus 38% en Métropole).¹²

Les résultats par Province mettent en évidence de fortes inégalités de prise en charge, les patients du Sud étant vraisemblablement mieux suivis que ceux des autres Provinces pour l'ensemble des indicateurs.

L'analyse de la qualité du suivi du diabète à partir des différentes sources utilisées doit rester prudente en raison des limites importantes afférentes à chaque méthodologie (données déclaratives potentiellement surestimées, soins remboursés potentiellement non exhaustifs).

On peut remarquer, à ce propos, que les déclarations des médecins font état d'un suivi bien meilleur que celui estimé à partir des bases médico-administratives.

Tableau 1 : Prise en charge du diabète par Province en 2009 (population CAFAT et ALM)¹²

	Province Sud	Province Nord	Iles Loyauté
Population prévalente au 31 décembre de l'année	6 924	970	258
Consultation de cardiologie	3 894 (56,2%)	327 (33,7%)	104 (40,3%)
Réalisation d'un ECG dans l'année	3 517 (50,8%)	249 (25,7%)	88 (34,1%)
Consultation d'ophtalmologie	3 087 (44,6%)	197 (20,3%)	76 (29,5%)
Réalisation d'un fond d'œil dans l'année	2 478 (35,8%)	154 (15,9%)	61 (23,6%)
Soins dentaires	1 423 (20,6%)	78 (8,0%)	20 (7,8%)
Réalisation d'une épreuve d'effort dans l'année	1 864 (26,9%)	138 (14,2%)	61 (23,6%)

¹² Etude Cemka-Eval



La sévérité

Une analyse des fiches de suivi des Longues Maladie de la CAFAT réalisée fin 2010 pour 148 patients montre un taux d'HbA1c moyen de 7,4% (écart-type = 1,6). Le seuil de 7% était dépassé pour 54,1% des patients.¹²

Une analyse de 1 776 dossiers de patients de plus de 19 ans, réalisée au dernier trimestre 2011 par la CAFAT montre un seuil de 7% dépassé pour 49,95% des patients, et un seuil de 8% dépassé pour 20,50% des patients.

Un focus sur les 1 194 patients de cet échantillon âgés de 20 à 69 ans montre un seuil de 7% dépassé pour 53,18% des patients.

Un autre focus portant cette fois-ci sur les 582 patients de plus de 70 ans montre un seuil de 8% dépassé pour seulement 12,54% des patients.⁶

Le LDL cholestérol était $\geq 1,3$ g/l pour 26,8% des patients.

13% des patients fumaient occasionnellement ou régulièrement.

La moitié des patients (49%) ne pratiquait pas d'activité physique.¹²

Si l'on se base sur la formule de Cockcroft, la fonction rénale était normale pour 57% des patients, pour 21% elle correspondait à la maladie rénale chronique, pour 22% au stade d'insuffisance rénale. Selon la

formule MDRD, 36% des patients présentaient une maladie rénale chronique et 26% une insuffisance rénale.

Le fond d'œil montrait une rétinopathie diabétique pour 28% des patients.

Les patients présentaient des signes de neuropathie dans 15% des cas.

Les patients présentaient des signes d'artérite dans 15% des cas.¹²

Par rapport à la Métropole, les diabétiques de Nouvelle-Calédonie se caractérisent par une plus forte proportion de personnes obèses (50% à 60% versus 41%) et un tabagisme un peu plus élevé (17% versus 13%). Le contrôle glycémique apparaît insuffisant pour un diabétique sur deux. En matière d'équilibres glycémique et lipidique, la situation est comparable à ce qui est observé en Métropole.

En revanche, les complications rénales et oculaires semblent de manière assez concordante selon les sources utilisées, un peu plus fréquentes en Nouvelle-Calédonie qu'en Métropole alors que les patients diabétiques sont un peu plus jeunes.

Ces complications survenant souvent après une histoire relativement longue de la maladie, on peut penser qu'il s'agit en partie des conséquences tardives d'une prise en charge qui était probablement moins satisfaisante dans le passé.¹²

Le traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux prescrit par le médecin montrait 9,9% des patients traités par insuline seule, 13,4% par ADO + insuline, 71,1% par ADO seuls (dont 45,5% en monothérapie, 33,7% en bithérapie, 20,8% en trithérapie ou

quadrithérapie) et 5,6% n'avaient aucun traitement antidiabétique.

En traitement des facteurs de risque cardiovasculaire, des antihypertenseurs ont été prescrits à 68% des patients, des



hypolipémiants à 62% et des antiagrégants plaquettaires à 40%.

Par rapport à la Métropole, le traitement du diabète en Nouvelle-Calédonie se caractérise par une intensification un peu plus importante des thérapies orales, un recours un peu plus fréquent aux biguanides et un meilleur traitement des facteurs de risque cardiovasculaire associés au diabète. La proportion de patients

diabétiques non traités par médicament (de 5% à 10%) semble plus élevée en Nouvelle-Calédonie qu'en Métropole. La prescription de l'insulinothérapie est équivalente, et conformément aux recommandations, l'on observe un recul des sulfamides au profit des biguanides en Nouvelle-Calédonie comme en Métropole.¹²



VI. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé de la Nouvelle-Calédonie est considéré comme performant car certains indicateurs de base comme l'espérance de vie, la mortalité et la mortalité infantile se sont améliorés, notamment ces dernières années.

Le niveau global de dépenses consacrées à la santé est proche de celui des pays les

plus développés avec qui la Nouvelle-Calédonie partage des valeurs communes dans le secteur de la santé : universalité, accès à des soins de qualité, équité et solidarité.

Malgré tout, des inégalités subsistent.

Les institutions

- De nombreuses institutions interviennent dans le champ de la santé : CAFAT, ASS, DASS, DPASS, etc. Chacune de ces institutions œuvre sur « sa population cible », ou pour des actions spécifiques.
- Dans le Nord et les Iles, le système de santé est principalement public (à travers les centres médico-sociaux et les dispensaires). Le secteur privé est peu représenté. Dans le Sud, du moins dans le grand Nouméa, la situation est exactement inverse. Les établissements hospitaliers sont implantés pour une grande part à Nouméa. Un projet de regroupement de la plupart de ces structures est en cours de réalisation (Médipôle de Koutio). Un autre projet vise à ouvrir un établissement hospitalier complet dans la région Nord (à Koné).
- La volonté d'équité d'accès aux soins et aux services médicaux entre le Nord et le Sud, se traduit par une offre difficile à adapter aux réalités de terrain.
- Alors qu'il existe un système de couverture sociale généralisé à travers l'existence du RUAMM et des dispositifs d'aide médicale gratuite (comportant une couverture Longue Maladie pour les maladies comme le diabète) assurant une prise en charge à 100%, des inégalités d'accès aux soins persistent : les populations les plus fragiles sont les moins informées et les moins bien couvertes, et il existe des difficultés de prise en charge lors des déplacements des populations des Provinces Nord et Iles vers la Province Sud.

L'offre et les services de santé

- Les professionnels de santé sont généralement « européens » et les patients généralement « océaniens ». Les professionnels de santé sont essentiellement formés en métropole. Parmi les 542 médecins en activité au 1^{er} septembre 2009, seuls 4 sont d'origine océanienne. En ce qui concerne les infirmiers, la situation est un peu meilleure. Il existe une formation et un diplôme territorial, mais qui apparaissent insuffisants pour répondre aux besoins.
- Il existe un déséquilibre notable en matière de densité médicale entre les Provinces : 77 médecins généralistes

pour 100 000 habitants dans le Nord, 103/100 000 dans les Iles Loyauté, 146/100 000 à Nouméa (113/100 000 dans l'ensemble de la Province Sud). Ce déséquilibre est encore plus flagrant en ce qui concerne les spécialistes : sur les 282 médecins spécialistes du territoire, 257 (91%) exercent à Nouméa. Les spécialités directement concernées par le diabète (endocrinologie, médecine interne, cardiologie, ophtalmologie, néphrologie) ne sont pratiquement pas représentées hors de Nouméa.

- Confrontée à une pénurie chronique en matière médicale, la Nouvelle-Calédonie fait appel à des praticiens

issus de métropole. Les personnels médicaux ne sont pas formés à prendre en compte les réalités calédoniennes faites de contrastes dans les situations sociales et la perception de la maladie dans les cultures océaniques. Les conditions de sélection des candidats ne semblent pas considérer les capacités d'adaptation et d'intégration de ces personnels. Les relatives difficultés de la vie en brousse entraînent dès lors une rotation extrêmement rapide des personnels et limitent considérablement les possibilités de suivi sur le long terme ou d'actions de prévention.

La couverture médicale des diabétiques

- Tous les diabétiques bénéficiant d'une couverture médicale sont pris en charge à 100% après examen de leur dossier par le contrôle médical. Les patients sont couverts par la CAFAT à 100% pour les soins en rapport avec le diabète et décrits au protocole de soins. Ils doivent choisir un médecin référent. Ils ont accès aux soins en médecine libérale ou en secteur public.
- La CAFAT a mis en place un protocole annuel de soins pour le diabète de type 2 non compliqué basé sur les recommandations métropolitaines. Ce document précise essentiellement le rythme de suivi et les examens à réaliser, mais pas les protocoles thérapeutiques.
- Les bénéficiaires de l'AMG Sud (ALM Sud) choisissent un médecin référent de secteur public ou privé. Ils ont accès au secteur libéral pour les soins externes, ils sont exonérés du ticket modérateur pour tous soins, même sans lien avec le diabète. Un protocole de

soins définit les soins prévus. En cas d'hospitalisation ils ont accès uniquement au secteur public (CHT), sauf cas particuliers.

- Les bénéficiaires de l'AMG Nord, déjà exonérés du ticket modérateur ont accès pour les soins externes au secteur public et privé. La demande d'ALM Nord n'est pas systématique (car n'apporte pas de bénéfice direct). En cas d'hospitalisation ils ont accès aux hôpitaux du Nord, au CHT ou aux cliniques sur demande de dérogation adressée au Contrôle Médical.
- Pour les bénéficiaires de l'AMG Îles Loyauté une demande d'exonération du ticket modérateur peut être adressée par le médecin au Contrôle Médical, un accord est donné pour une durée déterminée (quelques années), le diabétique est exonéré du ticket modérateur pour tous soins, même sans rapport avec le diabète. Il a accès au secteur public ou privé.



La prise en charge du diabète

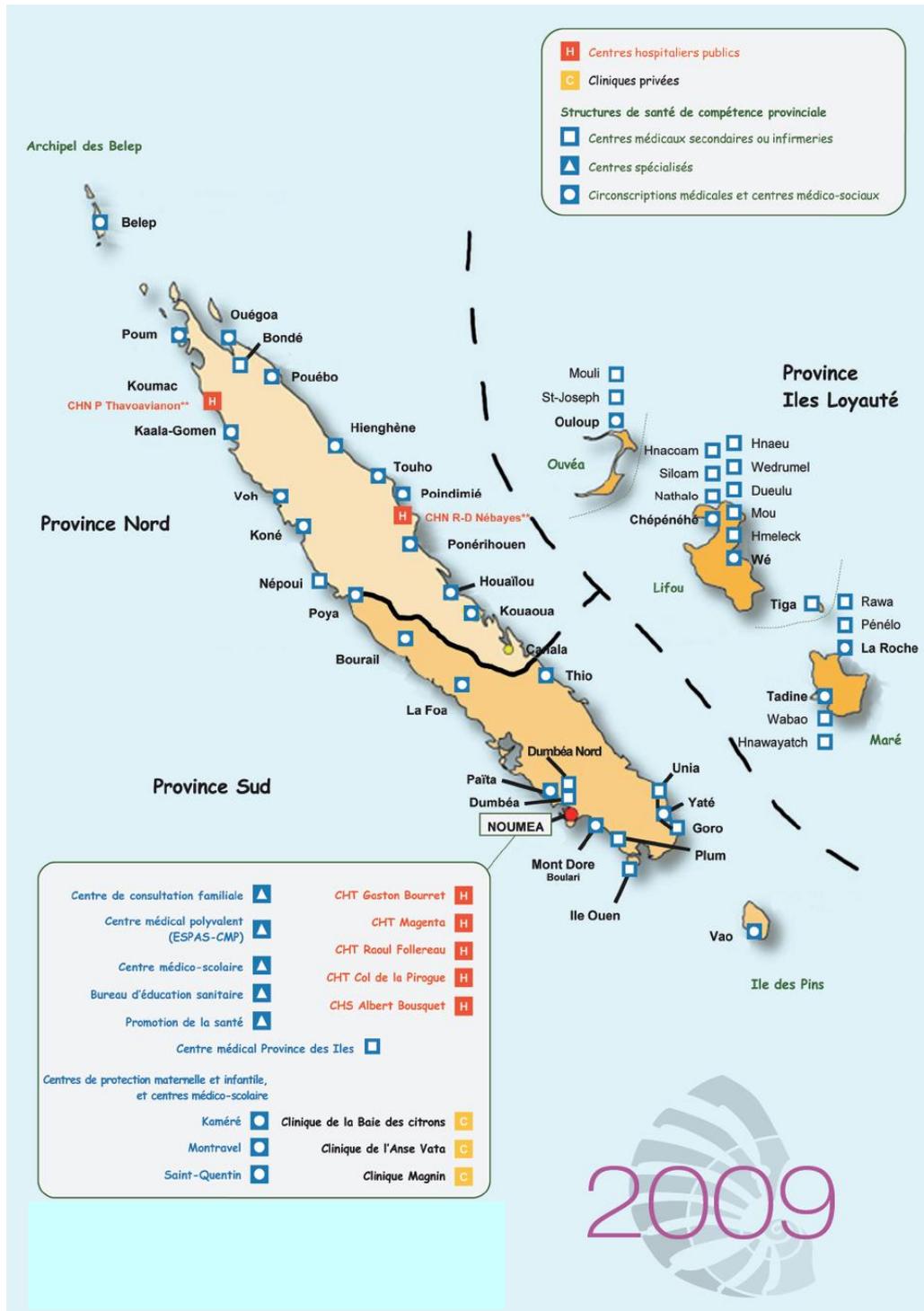
- Le dépistage : le diagnostic du diabète est effectué par les médecins généralistes le plus souvent à l'occasion d'un dosage systématique de la glycémie au cours d'un bilan (dépistage opportuniste) ou lors d'une complication. Un grand nombre de diabétiques est méconnu. La pratique du dépistage repose sur la motivation personnelle du médecin.
- Les professionnels concernés : les diabétiques diagnostiqués sont pris en charge par leur médecin généraliste à plus de 97%. Trois médecins libéraux sont spécialisés en endocrinologie-diabétologie. Les autres spécialistes impliqués dans la prise en charge du diabète sont principalement les ophtalmologues, les cardiologues et les néphrologues. Les paramédicaux libéraux concernés sont essentiellement les infirmiers, les diététiciens et les pédicures podologues.
- L'hospitalisation : les diabétiques sont hospitalisés pour leur diabète au CHT en médecine interne, au Centre R. Follereau, au Centre médical du Col de la pirogue, au CHN et dans les dispensaires de la Province Îles Loyauté. Peu sont hospitalisés pour ce seul motif en clinique (Baie des citrons). Par contre, ils sont très nombreux à être hospitalisés pour des pathologies intercurrentes ou des complications au CHT, au CHN et en cliniques (cardiologie et chirurgie surtout).
- L'éducation thérapeutique : de nombreuses études scientifiques ont

montré que la prise en charge d'un diabétique intégrant l'éducation thérapeutique avait des conséquences bénéfiques sur la modification de ses savoirs, de ses comportements, sur l'amélioration ou le maintien de son état de santé, sur l'amélioration de la qualité vie et sur la diminution des coûts. En Nouvelle Calédonie, l'éducation thérapeutique diabétique est dispensée en ambulatoire au Centre d'Education Diabétique et Diététique (CEDD) à Nouméa et dans les dispensaires de l'intérieur et des îles, à l'occasion d'hospitalisations pour déséquilibre ou complications au CHT (Gaston Bourret et Magenta), au Centre Raoult Follereau, au Centre médical du Col de la Pirogue, au CHN de Poindimié et Koumac, et à la Clinique de la Baie des citrons, et en hôpital de jour au CHT Gaston Bourret. Les équipes de ces différentes structures ont été formées par le CEDD et le CHT lors de stages (2 à 3 sessions par an depuis 10 ans). Les formateurs sont diplômés de niveau 2 en éducation thérapeutique (> 100 H).

- L'éducation diététique fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique du diabétique. Elle est indispensable. Ce sont les diététicien(ne)s qui la réalisent au mieux. Un personnel paramédical préalablement formé peut formuler des conseils diététiques généraux utiles. Il y a 4 diététiciennes au CHT, 1 au CHS, 4 au CEDD (1 pour l'éducation à Nouméa et 3 pour l'intérieur et les îles) et 5 diététiciennes libérales à Nouméa.



Figure 1 : Carte générale des établissements sanitaires en Nouvelle-Calédonie (DASS NC, Mémento 2009)



VII. FINALITES ET OBJECTIFS GENERAUX DU PROGRAMME

Le programme s'articule autour de 4 objectifs principaux :

1. Renforcer le dépistage du diabète :

- assurer un diagnostic précoce,
- assurer une prise en charge au plus tôt afin de diminuer les complications invalidantes et coûteuses

2. Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins :

- améliorer l'éducation diabétique,
- faciliter le suivi des diabétiques par les praticiens de terrain,
- améliorer la prise en charge hospitalière,
- diminuer les complications ophtalmologiques,
- diminuer le nombre d'amputations au niveau des membres inférieurs,
- dépister et traiter systématiquement le diabète gestationnel

3. Améliorer l'organisation des soins :

- apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant à proximité du diabétique les moyens nécessaires à sa prise en charge : éducation, diététique, podologie...

4. Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé :

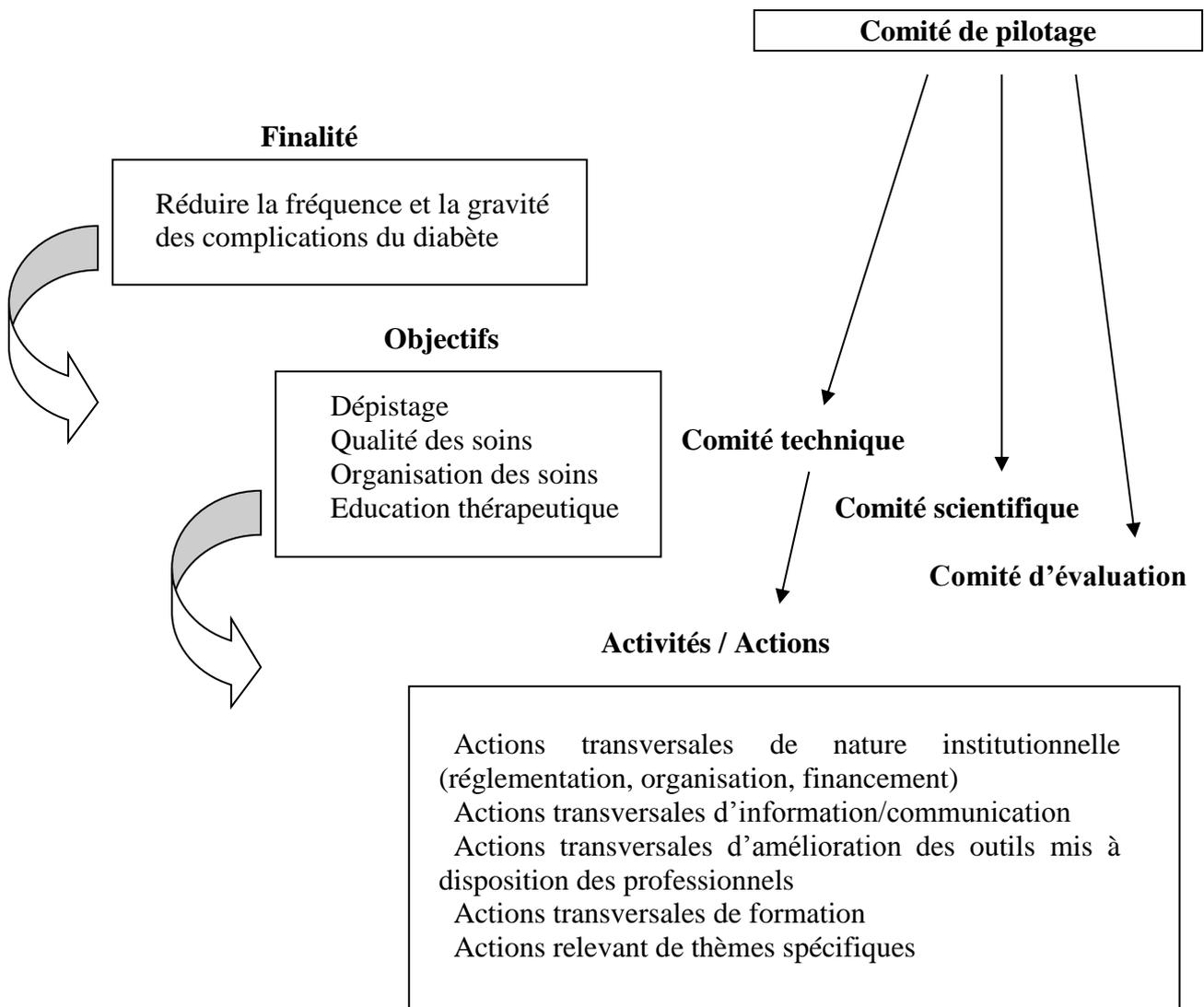
- responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.



VIII. PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme 2012-2016 se décline en 3 axes :

- La coordination / direction
- Les actions transversales
 - de nature institutionnelle (réglementation, organisation, financement)
 - d'information/communication
 - d'amélioration des outils mis à disposition des professionnels
 - de formation
- Les actions relevant de thèmes spécifiques



La coordination / direction

Un comité de pilotage

Responsabilités / missions : le comité de pilotage assure la gouvernance du programme diabète. Il décide des actions à mener et de leurs priorités. Il précise la feuille de route, le calendrier et le financement pour chaque action.

Composition : ASSNC, DASSNC, DPASS, CHT, CHN, CAFAT

Fréquence de tenue : 2 réunions par an.

Un comité technique

Responsabilités / missions : le comité technique impulse et conduit les actions décidées par le comité de pilotage. Il effectue un retour sur expérience. Il fait vivre le programme.

Composition : représentant des professions de santé et des patients

Fréquence de tenue : 4 réunions par an

Un comité scientifique

Responsabilités / missions : le comité scientifique a un rôle d'expertise. Il est en charge de la réflexion conceptuelle et de l'établissement de référentiels.

Composition : ASSNC, CAFAT, endocrinologues, diabétologues, médecins spécialistes

Fréquence de tenue : au moins 2 réunions par an et à la demande du comité technique.

Un comité d'évaluation

Responsabilités / missions : le comité d'évaluation définit et assure la réalisation de l'évaluation interne de toutes les actions.

Composition : Epidémiologistes, Caisses, Départements d'information médicale

Fréquence de tenue : 2 réunions par an.



Les actions transversales

Il s'agit d'actions opérationnelles correspondant à un objectif précis, susceptibles d'être gérées par des acteurs définis et évaluables dans leur réalisation comme dans leurs effets.

➔ Les actions de nature institutionnelle (réglementation, organisation, financement)

1- Organisation du dépistage du diabète :

- Constats

Le diabète de type 2, longtemps asymptomatique, n'est généralement évoqué au plan clinique que 7 à 12 ans après son début réel, biologique. Cette latence est souvent propice au développement de complications. Ainsi, lors du diagnostic de diabète de type 2, environ 20% à 50% des patients présentent déjà des complications cliniques et biologiques.

On considère aujourd'hui qu'environ 3 000 à 5 000 diabétiques calédoniens ne sont pas diagnostiqués et suivis, car non dépistés.

Des recommandations calédoniennes de dépistage opportuniste du diabète de type 2 ont été rédigées et diffusées auprès du corps médical.

Ce dépistage organisé est responsable initialement d'une augmentation apparente du nombre de nouveaux diabétiques.

- Objectifs

- Améliorer l'organisation du dépistage en allant chercher les diabétiques qui s'ignorent là où ils se trouvent
- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Assurer un diagnostic précoce pour une prise en charge au plus tôt, afin de diminuer les complications invalidantes et les coûts

2- Organisation de la collaboration des structures participant aux formations diabète : CEDD/CHT/CI BDC :

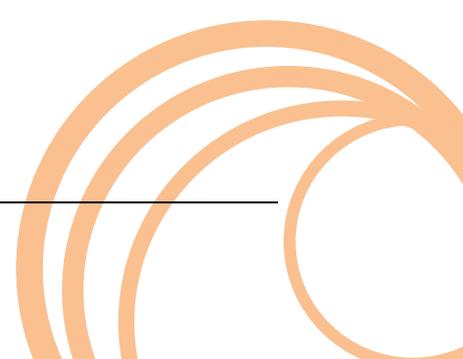
- Constats

Un nombre important de médecins et personnels paramédicaux des dispensaires des 3 Provinces, mais aussi du CHN, du SMIT, de l'ATIR, et du privé sont formés à la pédagogie adaptée à la maladie diabétique et à la prise en charge du diabète par le CEDD et le CHT, à Nouméa.

Une nouvelle structure s'implique fortement actuellement, l'équipe diabète de la clinique de la Baie des Citrons.

- Objectifs

- Améliorer la collaboration entre les 3 structures
- Intégrer l'équipe de la clinique de la Baie des Citrons au pôle de formation



3- Organisation en niveaux de l'éducation thérapeutique :

- Constats

La pédagogie appliquée aux patients est une des composantes essentielles du traitement des maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique (ET) est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de la prise en charge des patients atteints de diabète. Cependant, l'ET pose de nombreux problèmes de mise en œuvre concrète : hétérogénéité des pratiques, implication variable des professionnels et des patients, modalités de financement et d'organisation incertaines, etc. Or, les études médico-économiques mettent en évidence que, dans ces conditions, le résultat clinique et économique que l'on peut attendre d'une action d'éducation thérapeutique est pour le moins incertain. En conséquence, si l'on veut développer l'ET, cela doit impérativement se faire dans le cadre d'une stratégie globale visant à rendre cohérents les différents vecteurs possibles de l'offre d'ET et à garantir la qualité de l'ET dispensée. Le développement de l'éducation thérapeutique doit reposer sur le respect de deux principes opérationnels fondamentaux : la coordination de l'offre sur le territoire et la promotion d'une démarche qualité.

Différents niveaux d'intervention dans la démarche sont possibles pour les professionnels de santé et nécessitent une coordination et une transmission d'informations. Qui fait quoi, pour qui, où, quand, comment et pourquoi réaliser et évaluer une éducation thérapeutique ?

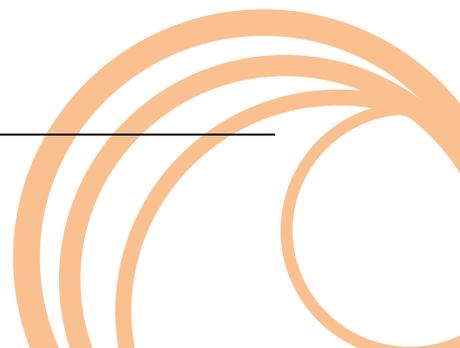
On distingue l'ET initiale, l'ET de suivi régulier (ou de renforcement) et l'ET de suivi approfondi (ou de reprise).

Il est nécessaire de stratifier les niveaux d'intervention des acteurs de l'éducation thérapeutique avec :

- l'ET structurée à travers un programme (dans un centre par exemple),
- l'ET spécialisée menée par des équipes hospitalières pour les patients complexes.

- Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Améliorer l'ET de proximité effectuée par les acteurs des soins de premier recours
- Coordonner les actions d'éducation thérapeutique du patient
- Améliorer la transmission de l'information



4- Organisation du dépistage de la rétinopathie diabétique :

- Constats

Du fait de la pénurie d'ophtalmologues, tous les diabétiques de Nouvelle-Calédonie ne peuvent pas bénéficier d'un examen du fond d'œil (FO) annuel comme le recommande la HAS. Le dépistage de la rétinopathie est insuffisant, certaines rétinopathies n'étant découvertes qu'à l'occasion d'une complication gravissime (cécité).

Aussi, un dépistage par rétinographie numérisée a été mise en place pour les patients non suivis de façon régulière, annuellement, dans chaque commune de l'intérieur et des îles.

Les clichés sont pris par des orthoptistes vacataires de l'ASS-NC.

Les clichés sont interprétés par les médecins ophtalmologues du public et du privé.

- Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Dépister au plus tôt la rétinopathie diabétique
- Prendre en charge au mieux la rétinopathie diabétique
- Faire reculer le handicap lié à la rétinopathie diabétique

5- Organisation de la prise en charge des pieds à risque :

- Constats

Le dépistage systématique des patients à haut risque de lésions du pied et d'amputation est encore insuffisant en NC

La prévention et le traitement podologique de ces lésions sont rendus difficiles en raison du faible taux de remboursement des soins et de la difficulté d'accès à ces soins hors Nouméa

Un protocole de prise en charge par forfait de soins podologiques sur le modèle pris en charge par les caisses en France a été mis en place. Il s'adresse aux diabétiques à haut risque (grade 2 et 3 de la gradation établie par l'International Working Group en 1999). Les soins sont effectués par des podologues spécifiquement formés avec 1 bilan podologique initial suivi de 5 séances de soins. Le patient n'a pas à faire l'avance des soins

Des vacations de podologie sont organisées dans l'intérieur et les îles

- Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Dépister au plus tôt les pieds à haut risque
- Prendre en charge au mieux le pied diabétique
- Faire reculer les amputations

6- Organisation de consultations avancées de diabétologie dans l'intérieur et les îles :

- Constats

Les six diabétologues de NC exercent à Nouméa. De ce fait, tous les diabétiques déséquilibrés de l'intérieur et des îles ne peuvent pas bénéficier d'un avis spécialisé comme le recommande les sociétés savantes.

- Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Améliorer l'accès aux soins des populations de l'intérieur et des îles

7- Organisation de la prise en charge diététique du diabète :

- Constats

Il existe des inégalités d'accès des patients aux consultations diététiques entre les trois Provinces.

Il n'y a pas de remboursement généralisé de l'acte diététique.

- Objectifs

- Harmonisation du discours diététique entre les différents intervenants
 - Amélioration du partenariat entre les différentes structures
 - Meilleure utilisation des documents diététiques en réseau
 - Reconnaissance de l'exercice de la profession de diététicien en Nouvelle-Calédonie
 - Remboursement de l'acte diététique en libéral par tous les organismes sociaux
-



➔ Les actions d'information/communication

1- Diffusion aux professionnels des recommandations calédoniennes de prise en charge du diabète :

- Constats

La France a rédigé des recommandations de bonnes pratiques cliniques et biologiques, issues de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES), de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) établis sur la base de grandes études épidémiologiques et d'intervention.

La CAFAT a mis en place un protocole annuel de soins pour le diabète de type 2 non compliqué basé sur les recommandations de l'ANAES et des recommandations de prise en charge pour le diabète de type 2 avec complications.

Ces documents précisent essentiellement les examens à réaliser mais pas les protocoles thérapeutiques.

- Objectifs

- Rédiger des protocoles de suivi, de parcours de soins et d'escalade thérapeutique élaborés en commun

2- Amélioration et diffusion de la plaquette d'information sur l'offre en éducation thérapeutique :

- Constats

Méconnaissance de l'éducation thérapeutique et des structures existantes par les prescripteurs et surtout les usagers

- Objectifs

- Améliorer la fiche existante pour la rendre plus attrayante, plus synthétique, plus accessible, avec une meilleure présentation des lieux et des structures existantes et une meilleure diffusion de cette fiche
- Créer un flyer spécifique à chaque structure



3- Diffusion d'un courrier trimestriel aux professionnels sur la stratégie thérapeutique :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Constats <p>La diabétologie est une discipline en pleine évolution depuis une dizaine d'année</p> <p>Il n'existe pas de circuit de l'information bien établi concernant le diabète en NC</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs <ul style="list-style-type: none"> - Discours « national » commun avec un même référentiel concernant la stratégie thérapeutique pour une unité cohérente de prise en charge - Transmission régulière et formalisée d'information - Travail en réseau avec partenaires privilégiés créant du lien et du partage entre professionnels multidisciplinaires |
|--|---|
-

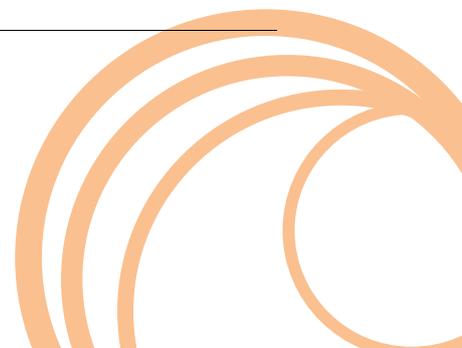
➔ Les actions d'amélioration des outils mis à disposition des professionnels

1- Création d'une fiche de suivi du bilan annuel du diabétique :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Constats <p>Les médecins généralistes ont du mal à suivre le bilan annuel recommandé pour leurs patients diabétiques</p> <p>De ce fait, le suivi de leurs patients est encore largement perfectible</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs <ul style="list-style-type: none"> - Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide au suivi du bilan annuel de leurs patients diabétiques selon les recommandations de bonnes pratiques - Améliorer le suivi des patients diabétiques |
|---|---|
-

2- Création d'une fiche de suivi du niveau d'éducation thérapeutique :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Constats <p>Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation du niveau d'éducation thérapeutique de leurs patients diabétiques</p> <p>De ce fait, ils ont du mal à poursuivre et entretenir l'éducation thérapeutique de leurs patients</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs <p>Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'évaluation du niveau d'éducation thérapeutique de leurs patients diabétiques</p> |
|--|---|
-



3- Amélioration du carnet longue maladie de la CAFAT :

- Constats

Le carnet longue maladie de la CAFAT est un outil essentiel pour le suivi des patients diabétiques

Certaines informations sont diluées dans la masse

Certains professionnels de santé n'osent pas écrire dedans

- Objectifs

- Fournir aux professionnels de santé un meilleur outil d'aide au suivi des patients diabétiques et utilisé par tous

4- Création d'une fiche d'évaluation de la capacité physique :

- Constats

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation de la capacité physique de leurs patients diabétiques

De ce fait, ils ont du mal à donner des conseils avisés et suivis à leurs patients diabétiques

- Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'évaluation de la capacité physique de leurs patients

- Améliorer la pratique de l'activité physique des patients

5- Création d'une fiche d'évaluation de l'état des pieds :

- Constats

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec la gradation du pied diabétique

De ce fait, ils examinent encore trop peu souvent les pieds de leurs patients

Les soins sont dispensés avec retard et les complications encore trop fréquentes

- Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'examen du pied et à la gradation du risque

- Orienter plus rapide les patients à risque vers un podologue ou une équipe multi disciplinaire

- Faire reculer les complications podologiques et les amputations



6- Amélioration et diffusion de la fiche d'évaluation du besoin de soutien psychologique :

- Constats

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation du besoin de soutien psychologique de leurs patients diabétiques. De ce fait, ils orientent encore trop peu souvent leurs patients vers un psychologue et des situations de blocage surviennent, avec rupture thérapeutique notamment.

- Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'évaluation du besoin de soutien psychologique de leurs patients diabétiques
- Diminution des situations de blocage et des ruptures thérapeutiques

7- Amélioration des outils numériques (e-santé) :

- Constats

Le numérique connaît une expansion rapide en Nouvelle Calédonie. Le domaine de la santé n'y échappe pas. Des outils numériques dans le diabète sont à développer (dossier médical informatisé, site Internet, visioconférences, fond d'œil numérisé) ou à créer (serious game, plateforme d'accompagnement téléphonique).

- Objectifs

- Fournir des outils de communication, de formation, d'aide à la prise en charge de leurs patients diabétiques

8- Création d'un outil de traduction des concepts avec des locuteurs :

- Constats

Les soignants tout comme les concepteurs des documents pédagogiques sont européens, les patients sont souvent océaniens.

De ce fait, les concepts développés dans les documents pédagogiques sont parfois mal compris de la population océanienne.

- Objectifs

- Avoir un discours éducatif interculturel commun
- Prise en considération cohérente des différents abords culturels
- Tirer profit de la richesse culturelle calédonienne avec enrichissement mutuel soignants (formation occidentale) / soignés (majorité océanienne)
- Etablir des passerelles entre tradition et modernité dans une société en mutation à partir des représentations de la maladie, en augmentant l'impact de la transmission d'information éducative

➤ Les actions de formation

1- Formation des relais de santé au diabète dans les villages, les tribus, les squats :

- Constats

De nombreuses personnes ayant peu de contact avec le système de soin ignorent qu'elles sont diabétiques
De trop nombreux patients sont en rupture thérapeutique

Il existe dans les villages, les tribus et les squats des personnes servant de relais pour les problèmes de santé

Leur niveau de formation quant au diabète est insuffisant

- Objectifs

- Améliorer le dépistage du diabète
- Limiter le nombre de patients perdus de vue
- Limiter le nombre de complications liées au diabète déséquilibré
- Limiter le coût du diabète en NC
- Former des référents diabète dans la population
- Mettre en place d'un système de suivi et de soutien des personnes relais

2- Formation des agents de dépistage au diabète :

- Constats

Les personnes réalisant le dépistage du diabète non professionnelles de santé sont insuffisamment formées au diabète

De nombreuses personnes ayant peu de contacts avec le système de soin ignorent qu'elles sont diabétiques

Le dépistage, le diagnostic et l'annonce sont des temps très importants

- Objectifs

- Améliorer la qualité du dépistage du diabète
- Proposer un dépistage aux personnes ayant peu de contacts avec le système de soin
- Prise en charge précoce des patients diabétiques
- Limiter le nombre de complications liées au diabète ignoré
- Limiter le coût du diabète en NC



3- Formation des professionnels à l'approche psychologique du patient diabétique :

- Constats

Les professionnels de santé ne sont pas très à l'aise avec l'approche psychologique des patients diabétiques

Des situations de blocage surviennent avec rupture thérapeutique

Une formation des professionnels de santé semble donc nécessaire

- Objectifs

- Améliorer l'approche psychologique du patient diabétique par les professionnels de santé
- Limiter les perdus de vue et les ruptures de suivi et thérapeutiques

4- Formation des professionnels à l'annonce de la maladie :

- Constats

L'annonce de la maladie est une étape primordiale, notamment pour la prise en charge du diabète par le patient lui-même

Le personnel soignant est mal à l'aise avec l'annonce du diabète

Une formation des professionnels de santé est donc nécessaire

- Objectifs

- Améliorer l'annonce de la maladie par les professionnels de santé
- Limiter les situations de blocage, les perdus de vue et les ruptures de suivi



5- Formation des professionnels à l'éducation thérapeutique :

- Constats

La formation de professionnels de santé à la méthodologie de l'ETP conditionne son efficacité (recommandations internationales)

L'offre de formation en NC est assurée par le CEDD depuis 10 ans, de type initiation à l'éducation thérapeutique à orientation diabète, au rythme de 3 formations annuelles, pour 12 à 15 professionnels de santé, essentiellement issus du service public (4/5)

L'IFPA propose depuis 2011-2012 une formation de 100H à orientation multi pathologie, au rythme d'une formation annuelle, pour 18 à 24 professionnels de santé essentiellement issus du service public (2/3)

Dans le secteur privé l'éducation thérapeutique au cours des soins de premier recours est quasi absente

- Objectifs

- Pérenniser les formations existantes
- Développer l'éducation thérapeutique au cours des soins de premier recours
- Développer des bases communes de pédagogie éducative visant l'autonomisation, la responsabilisation des patients avec des références universellement reconnues
- Remettre le patient au centre du dispositif éducatif par un positionnement particulier de la relation soignants/soignés dans l'éducation thérapeutique
- Effectuer un travail en réseau avec des partenaires privilégiés en créant du lien et du partage entre professionnels multidisciplinaires
- Diminuer l'inégalité d'accès à l'éducation thérapeutique hors du Grand Nouméa
- Cibler les populations les plus fragiles

6- Formation des professionnels au diabète à la carte (IDE, Pharmaciens, biologistes, assistantes sociales...) :

- Constats

Le discours des professionnels quant au diabète est parfois discordant

Une formation diabète de 5 jours réalisée par le CEDD et le CHT existe depuis aujourd'hui 10 ans ciblant principalement les médecins et infirmiers salariés

Des formations moins longues, plus souples et plus ciblées sont demandées par des professionnels de la santé et du social

- Objectifs

- Favoriser une éducation de proximité
- Adapter et rendre accessible la formation diabète à tous
- Avoir un discours national unique

7- Formation des professionnels à la gradation du pied diabétique :

- Constats

De trop nombreuses amputations de pieds diabétiques ont lieu en Nouvelle Calédonie

Le dépistage systématique des patients à haut risque de lésions du pied et d'amputation est encore insuffisant

Un protocole de prise en charge par forfait de soins podologiques sur le modèle pris en charge par les caisses en France a été mis en place. Il s'adresse aux diabétiques à haut risque (grade 2 et 3 de la gradation établie par l'International Working Group en 1999). Les soins sont effectués par des podologues spécifiquement formés avec 1 bilan podologique initial suivi de 5 séances de soins. Le patient n'a pas à faire l'avance des soins

Des vacations de podologie sont organisées dans l'intérieur et les îles

- Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Dépister au plus tôt les pieds à haut risque
- Améliorer la prise en charge du pied diabétique
- Faire reculer les amputations

8- Formation des professionnels au diabète gestationnel :

- Constats

De nouvelles recommandations ont été émises fin 2010

Les patientes sont en général motivées mais le contexte social est parfois difficile

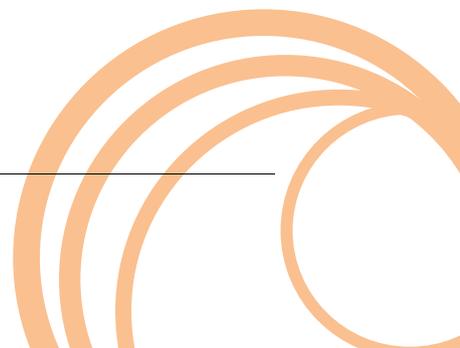
Après l'accouchement il y a encore trop de défaut de concordance entre l'équipe d'hospitalisation et le médecin pour le suivi

Il existe des difficultés de suivi avec certaines femmes d'origine océanienne

Les cycles glycémiques réalisés en hôpital et en dispensaire lors d'une hospitalisation ne correspondent pas aux ingestas habituels

- Objectifs

- Harmoniser la prise en charge et le suivi des patientes par l'ensemble des acteurs sur l'ensemble du territoire
- Mettre à jour les connaissances des professionnels de santé



9- Formation des diététiciens à la diététique pédiatrique :

- Constats

La prise en charge des enfants diabétiques de type 1 est incomplète car la majorité de ces enfants n'a jamais été suivie par un(e) diététicien(ne)

- Objectifs

Réaliser une formation à la diététique pédiatrique du diabète de type 1 à destination des diététicien(ne)s sur les thèmes :

- La diététique dans l'éducation thérapeutique adaptée à l'enfant et à l'adolescent diabétique de type 1
- La prise en charge diététique des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents diabétiques de type 1
- Les nouveautés dans la prise en charge diététique du diabétique de type 1
- La prise en charge diététique dans l'insulinothérapie fonctionnelle du diabétique de type 1
- Les difficultés rencontrées faisant suite au passage à l'adolescence des patients diabétique de type 1, ou lors de la découverte à cette période de la vie
- L'implication familiale : parents (et famille proche) laxistes ou restrictifs

La formation sera axée sur l'éducation thérapeutique diététique dans le diabète de type 1 de l'enfant avec l'équipe soignante, et d'autre part sur la prise en charge nutritionnelle

10- Formation de délégués de santé au diabète :

- Constats

Il y a une méconnaissance par les médecins des structures d'éducation au diabète existantes et de leur organisation en niveau

Les recommandations de bonnes pratiques sont mal connues des médecins

- Objectifs

- Informer les médecins des structures éducatives existantes
- Expliquer le fonctionnement de ces structures
- Motiver le médecin à prescrire des stages d'éducation tôt dans la prise en charge
- Diffuser les recommandations de bonnes pratiques

Les actions relevant de thèmes spécifiques

1- Création d'une cellule de soutien psycho-sociale avec espace de parole :

- Constats

Il n'existe pas d'espace de parole et d'échange avec un encadrement professionnel pour les patients diabétiques en difficultés

Un équilibre de vie médico-psycho-social est nécessaire pour un diabète équilibré

- Objectifs

- Prendre le temps de partager et respecter le temps du patient

- Favoriser le bien-être global du diabétique : équilibre de vie médico-psycho-social pour un diabète équilibré

2- Enquête auprès des médecins généralistes libéraux sur leurs difficultés / besoins :

- Constats

Les médecins ont des difficultés quant à la prise en charge des patients diabétiques et à leur manque d'observance thérapeutique

- Objectifs

- Evaluer les difficultés et les besoins des médecins dans la prise en charge du patient diabétique

- Améliorer la communication avec les médecins prescripteurs dans le but d'harmoniser la prise en charge du patient

- Permettre à chaque patient diabétique d'accéder à l'éducation thérapeutique



Les chiffres du diabète

Il y a 11 000 diabétiques recensés en Nouvelle-Calédonie fin 2011
(mais probablement plus proche de 15 000 en réalité).

Une augmentation de 25 à 50% en 10 ans est attendue.

30% à 50% des diabétiques sont méconnus.

Plus de 50% des diabétiques sont hypertendus.

Plus de 70% des diabétiques décèdent de cause cardio-vasculaire.

Le diabète est la première cause de cécité de l'adulte.

Près de 70% des diabétiques ont une atteinte rénale et la moitié des nouveaux hémodialysés
sont diabétiques.

Le diabète est responsable de 2 à 3 amputations chaque semaine en NC.

Le traitement intensif permet de réduire de 30 à 70% le risque de complications.

Le prix du diabète

5,5 milliards CFP de dépenses directes annuelles liées au diabète.

550 000 CFP /an /diabétique (hors hospitalisation et EVASAN).

Souffrances et perte de qualité de vie, morts anticipées.



ANNEXE

Fiches

Activité / Action



Les actions transversales



Les actions de nature institutionnelle (réglementation, organisation, financement)



Organisation du dépistage du diabète

Constats

Le diabète de type 2, longtemps asymptomatique, n'est généralement évoqué au plan clinique que 7 à 12 ans après son début réel, biologique. Cette latence est souvent propice au développement de complications. Ainsi, lors du diagnostic de diabète de type 2, environ 20% à 50% des patients présentent déjà des complications cliniques et biologiques.

On considère aujourd'hui qu'environ 3 000 à 5 000 diabétiques calédoniens ne sont pas diagnostiqués et suivis, car non dépistés.

Des recommandations calédoniennes de dépistage opportuniste du diabète de type 2 ont été rédigées et diffusées auprès du corps médical.

Ce dépistage organisé est responsable initialement d'une augmentation apparente du nombre de nouveaux diabétiques.

Objectifs

- Améliorer l'organisation du dépistage en allant chercher les diabétiques qui s'ignorent là où ils se trouvent
- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Assurer un diagnostic précoce pour une prise en charge au plus tôt, afin de diminuer les complications invalidantes et les coûts

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Les médecins généralistes du public et du privé
- Le SMIT
- L'ADNC

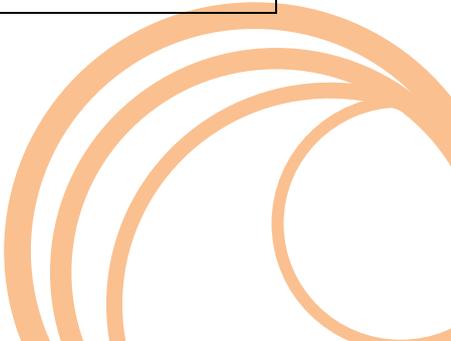
- La cellule accueil / réseaux de l'ASS NC
- Le CEDD

- Les Provinces

Public visé

- Les personnes à risque dans la population
- Les personnes ayant peu de contact avec le système de soin

Lieux des actions

- Cabinets médicaux et dispensaires
 - Squat
- 

- Tribus
- Manifestations
- Supermarchés

Outils

- Cahier des charges des actions
- Fiche de dépistage avec les recommandations de bonne pratique
- Traitement statistique des données et résultats
- Lecteurs de glycémie et consommables

Calendrier

- Validation du cahier des charges d'ici fin 2012
- Planning annuel des missions par commune dès 2013

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges des actions respectés
- Nombre de nouveaux cas déclarés à la CAFAT
- Nombre de fiches de dépistage retournées à l'ASS NC

Financement

- ASS NC
- SMIT
- Provinces



**Organisation de la collaboration des structures participant aux formations diabète :
CEDD/CHT/CI BDC****Constats**

Un nombre important de médecins et personnels paramédicaux des dispensaires des 3 Provinces, mais aussi du CHN, du SMIT, de l'ATIR, et du privé sont formés à la pédagogie adaptée à la maladie diabétique et à la prise en charge du diabète par le CEDD et le CHT, à Nouméa.

Une nouvelle structure s'implique fortement actuellement, l'équipe diabète de la clinique de la Baie des Citrons.

Objectifs

- Améliorer la collaboration entre les 3 structures
- Intégrer l'équipe de la clinique de la Baie des Citrons au pôle de formation

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- L'équipe du CEDD (ASS NC)
- L'équipe du CHT
- L'équipe de la clinique de la Baie des Citrons

Public visé

Les équipes des 3 structures

Lieux des actions

Sur le site des 3 structures

Outils

- Conventions
- Cahier des charges des formations

Calendrier

- Validation du cahier des charges des formations d'ici fin 2012
- Intégration de la clinique de la Baie des Citrons d'ici fin 2012



Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges des actions respectés
- Conventions signées
- Satisfaction des équipes
- Amélioration de l'articulation de l'offre en éducation thérapeutique

Financement

- ASS NC
- CHT
- Clinique Baie des Citrons



Organisation en niveaux de l'éducation thérapeutique

Constats

La pédagogie appliquée aux patients était une des composantes essentielles du traitement des maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de la prise en charge des patients atteints de diabète. Cependant, l'ETP pose de nombreux problèmes de mise en œuvre concrète : hétérogénéité des pratiques, implication variable des professionnels et des patients, modalités de financement et d'organisation incertaines, etc. Or, les études médico-économiques mettent en évidence que, dans ces conditions, le résultat clinique et économique que l'on peut attendre d'une action d'éducation thérapeutique est pour le moins incertain. En conséquence, si l'on veut développer l'ETP, cela doit impérativement se faire dans le cadre d'une stratégie globale visant à rendre cohérents les différents vecteurs possibles de l'offre d'ETP et à garantir la qualité de l'ETP dispensée. Le développement de l'éducation thérapeutique doit reposer sur le respect de deux principes opérationnels fondamentaux : la coordination de l'offre sur le territoire et la promotion d'une démarche qualité.

Différents niveaux d'intervention dans la démarche sont possibles pour les professionnels de santé et nécessitent une coordination et une transmission d'informations. Qui fait quoi, pour qui, où, quand, comment et pourquoi réaliser et évaluer une éducation thérapeutique ?

On distingue l'ETP initiale, l'ETP de suivi régulier (ou de renforcement) et l'ETP de suivi approfondi (ou de reprise).

Il est nécessaire de stratifier les niveaux d'intervention des acteurs de l'éducation thérapeutique avec :

- l'ETP de proximité effectuée par les acteurs des soins de premier recours,
- l'ETP structurée (programme),
- l'ETP spécialisée menée par les équipes hospitalières pour les patients complexes.

Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Améliorer l'ETP de proximité effectuée par les acteurs des soins de premier recours
- Coordonner les actions d'éducation thérapeutique du patient
- Améliorer la transmission de l'information

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Les médecins généralistes et diabétologues du public et du privé
- Les infirmiers
- Les diététiciens
- Les podologues

- L'équipe du CEDD
- L'équipe du CHT
- L'équipe de la Clinique de la Baie des Citrons



- L'ADNC
- Les Provinces

Public visé

Tous les professionnels de santé

Lieux des actions

- Cabinets médicaux et dispensaires
- Hôpitaux
- Cliniques

Outils

- Cahier des charges des actions
- Plan d'organisation en niveau de l'ETP

Calendrier

Rédaction du plan d'organisation en niveau de l'ETP début 2013

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Rédaction du plan d'organisation en niveau de l'ETP
- Satisfaction des professionnels
- Amélioration de l'articulation de l'offre en éducation thérapeutique

Financement

ASS NC



Organisation du dépistage de la rétinopathie diabétique

Constats

Du fait de la pénurie d'ophtalmologues, tous les diabétiques de Nouvelle-Calédonie ne peuvent pas bénéficier d'un examen du fond d'œil (FO) annuel comme le recommande la HAS. Le dépistage de la rétinopathie est insuffisant, certaines rétinopathies n'étant découvertes qu'à l'occasion d'une complication gravissime (cécité).

Aussi, un dépistage par rétinographie numérisée a été mise en place pour les patients non suivis de façon régulière, annuellement, dans chaque commune de l'intérieur et des îles.

Les clichés sont pris par des orthoptistes vacataires de l'ASS-NC.

Les clichés sont interprétés par les médecins ophtalmologues du public et du privé.

Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Dépister au plus tôt la rétinopathie diabétique
- Prendre en charge au mieux la rétinopathie diabétique
- Faire reculer le handicap lié à la rétinopathie diabétique

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Les orthoptistes privés
- Les médecins ophtalmologues du public et du privé
- La cellule accueil / réseaux de l'ASS NC
- Les Provinces
- Les dispensaires
- Les médecins libéraux de l'intérieur et des îles

Public visé

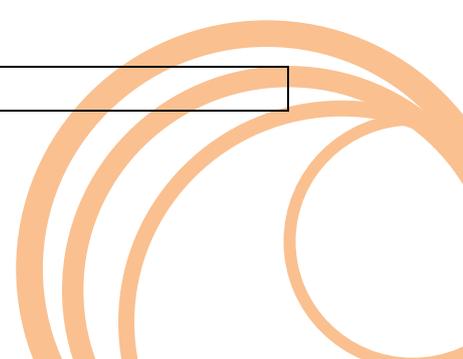
Les patients de l'intérieur et des îles non à jour du FO annuel recommandé, suivis aussi bien par les médecins libéraux que par les dispensaires

Lieux des actions

Passage annuel au dispensaire de chaque commune de l'intérieur et des îles

Outils

- Cahier des charges



- Fiche de prescription
- Rétinographe portatif non mydriatique
- Ordinateur portable
- Logiciel d'exploitation
- CD gravés
- Courriers de rendu
- Traitement statistique des données et résultats

Calendrier

Planning semestriel immédiat des missions par commune

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Pourcentage de communes ayant bénéficié de l'action
- Nombre de patients dépistés
- Pourcentage de patient avec une anomalie ayant bénéficié d'une consultation avec un médecin ophtalmologue
- Satisfaction des vacataires
- Satisfaction des professionnels de santé bénéficiaires

Financement

ASS NC



Organisation de la prise en charge des pieds à risque

Constats

Le dépistage systématique des patients à haut risque de lésions du pied et d'amputation est encore insuffisant en NC

La prévention et le traitement podologique de ces lésions sont rendus difficiles en raison du faible taux de remboursement des soins et de la difficulté d'accès à ces soins hors Nouméa

Un protocole de prise en charge par forfait de soins podologiques sur le modèle pris en charge par les caisses en France a été mis en place. Il s'adresse aux diabétiques à haut risque (grade 2 et 3 de la gradation établie par l'International Working Group en 1999). Les soins sont effectués par des podologues spécifiquement formés avec 1 bilan podologique initial suivi de 5 séances de soins. Le patient n'a pas à faire l'avance des soins

Des vacations de podologie sont organisées dans l'intérieur et les îles

Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Dépister au plus tôt les pieds à haut risque
- Prendre en charge au mieux le pied diabétique
- Faire reculer les amputations

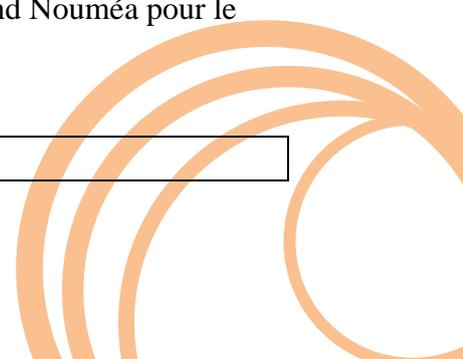
Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Les podologues privés
- Les médecins généralistes du public et du privé du grand Nouméa
- La cellule accueil / réseaux de l'ASS NC
- Les Provinces
- Les dispensaires
- Les médecins libéraux de l'intérieur et des îles

Public visé

- Tous les patients diabétiques de l'intérieur et des îles pour les vacations, les Provinces indiquant l'ordre de priorité des communes.
- Les patients à haut risque de lésions du pied (grade 2 et 3) du grand Nouméa pour le forfait de soins.

Lieux des actions



- Dans les dispensaires de l'intérieur et des îles des communes prioritaires pour les vacances.
- Au domicile du patient ou dans le cabinet du podologue pour le forfait de soins.

Outils

- Cahier des charges
- Ordonnancier de prescription pour le forfait de soin
- Mallettes de soins podologiques avec turbine pour les vacances
- Fiches de bilan/suivi
- Traitement statistique des données et résultats

Calendrier

Planning semestriel immédiat des missions par commune pour les vacances

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Nombre de vacances
- Nombre de communes ayant bénéficié de l'action pour les vacances
- Nombre de patients ayant bénéficié de l'action pour les vacances
- Nombre de patients ayant bénéficié du forfait de soins
- Satisfaction des vacataires
- Satisfaction des professionnels de santé bénéficiaires

Financement

- ASS NC
- CAFAT à envisager pour le forfait de soins



Organisation de consultations avancées de diabétologie dans l'intérieur et les îles**Constats**

Les six diabétologues de NC exercent à Nouméa. De ce fait, tous les diabétiques déséquilibrés de l'intérieur et des îles ne peuvent pas bénéficier d'un avis spécialisé comme le recommande les sociétés savantes.

Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Améliorer l'accès aux soins des populations de l'intérieur et des îles

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Les diabétologues privés
- Les diabétologues du public
- La cellule accueil / réseaux de l'ASS NC
- Les Provinces
- Les dispensaires
- Les médecins libéraux de l'intérieur et des îles

Public visé

Les patients déséquilibrés de l'intérieur et des îles suivis aussi bien par les médecins libéraux que par les dispensaires

Lieux des actions

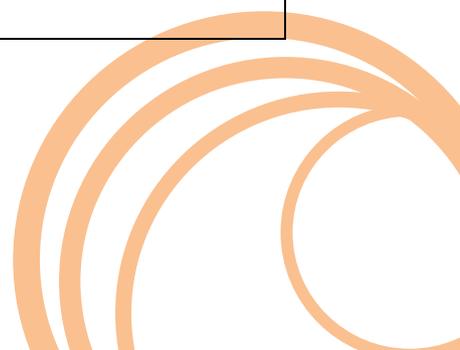
Dispensaires des communes de l'intérieur et des îles

Outils

- Cahier des charges
- Fiche de prescription
- Traitement statistique des données et résultats

Calendrier

Planning semestriel des vacances dès la fin 2012



Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Pourcentage de communes ayant bénéficié de l'action
- Nombre de vacations
- Nombre de patients vus
- Satisfaction des vacataires
- Satisfaction des professionnels de santé bénéficiaires

Financement

- ASS NC
- CHT



Organisation de la prise en charge diététique du diabète

Constats

Il existe des inégalités d'accès des patients aux consultations diététiques entre les trois Provinces.

Il n'y a pas de remboursement généralisé de l'acte diététique.

Objectifs

- Harmonisation du discours diététique entre les différents intervenants
- Amélioration du partenariat entre les différentes structures
- Meilleure utilisation des documents diététiques en réseau
- Reconnaissance de l'exercice de la profession de diététicien en Nouvelle-Calédonie
- Remboursement de l'acte diététique en libéral par tous les organismes sociaux

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Diététiciens privés/publics
- Ascadiet (association des diététiciens)
- Gouvernement, Provinces, Congrès, DASS
- CAFAT
- Mutuelles
- Hôpitaux, cliniques, dispensaires
- Médecins généralistes et spécialistes
- ASSNC et CEDD
- IDE libéraux

Public visé

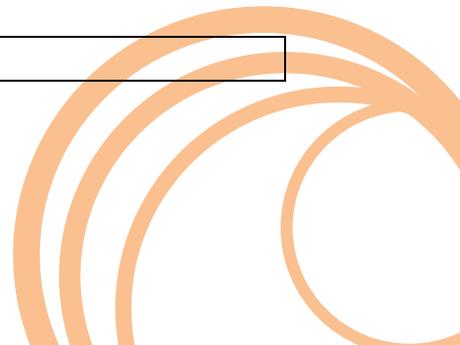
Tous les diabétiques de la NC

Lieux des actions

- Cabinets libéraux
- Hôpitaux
- Cliniques
- Dispensaires
- CEDD - ASSNC

Outils

- Proposition de convention avec les organismes de remboursement



- Texte relatif à l'exercice de la profession de diététicien en NC
- Création de rencontres avec le personnel soignant au CEDD pour la formation à l'utilisation des documents par petits groupes
- Formation à l'approche de la diététique pour le personnel médical
- Documents pédagogiques de l'ASS NC

Calendrier

- Dans les meilleurs délais, validation du texte relatif à l'exercice de la profession de diététicien
- A la suite, demande de convention des remboursements par les organismes concernés
- Dès à présent, poursuite des formations, 3 fois l'an, auprès des professionnels de santé
- Rencontres trimestrielles à partir du début de 2013

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Augmentation du nombre de consultations diététiques
- Amélioration des critères cliniques et biologiques des patients (HbA1c, poids, périmètre abdominal)

Financement

- ASS NC
- CAFAT
- Mutuelles



Les actions d'information/communication



Diffusion aux professionnels des recommandations calédoniennes de prise en charge du diabète**Constats**

La France a rédigé des recommandations de bonnes pratiques cliniques et biologiques, issues de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES), de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) établis sur la base de grandes études épidémiologiques et d'intervention.

La CAFAT a mis en place un protocole annuel de soins pour le diabète de type 2 non compliqué basé sur les recommandations de l'ANAES et des recommandations de prise en charge pour le diabète de type 2 avec complications.

Ces documents précisent essentiellement les examens à réaliser mais pas les protocoles thérapeutiques.

Objectifs

Rédiger des protocoles de suivi, de parcours de soins et d'escalade thérapeutique élaborés en commun

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Les médecins diabétologues du public et du privé
- Les médecins du CEDD

Public visé

Les médecins généralistes du public et du privé

Lieux des actions

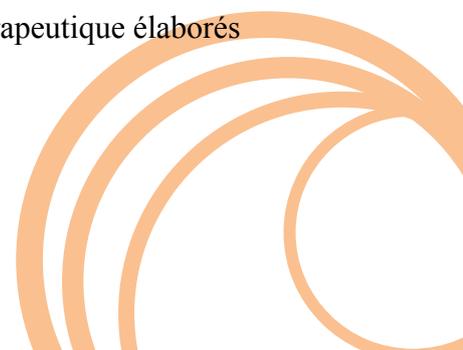
Diffusion à tous les médecins

Outils

Les protocoles de suivi, de parcours de soins et d'escalade thérapeutique élaborés en commun

Calendrier

Rédaction des protocoles de suivi, de parcours de soins et d'escalade thérapeutique élaborés en commun début 2013



Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Protocoles de suivi, de parcours de soins et d'escalade thérapeutique effectivement élaborés en commun
- Bonne diffusion à tous les médecins
- Satisfaction du public cible

Financement

ASS NC



Amélioration et diffusion de la plaquette d'information sur l'offre en Education Thérapeutique

Constats

Méconnaissance de l'éducation thérapeutique et des structures existantes par les prescripteurs et surtout les usagers

Objectifs

- Améliorer la fiche existante pour la rendre plus attrayante, plus synthétique, plus accessible, avec une meilleure présentation des lieux et des structures existantes et une meilleure diffusion de cette fiche
- Créer un flyer spécifique à chaque structure

Acteurs - Partenaires (Réseau)

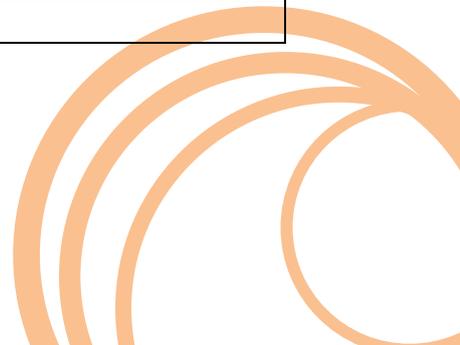
- Rédaction :
 - Médecins diabétologues
 - Médecins généralistes
 - Milieu hospitalier (CHT - Clinique Baie des Citrons)
 - CEDD
- Diffusion :
 - Association des diabétiques
 - Médecins référents (généralistes, spécialistes)
 - Médecins du travail
 - Dispensaires
 - Pharmacie
 - Biologistes
 - IDE libéraux
 - Diététiciens
 - Podologues
 - CAFAT et mutuelles
 - Travailleurs sociaux
 - Médiateurs socio-culturels

Public visé

- Tous patients diabétiques
- Entourage familial, affectif, social, monde du travail

Lieux des actions

- Pour l'amélioration de la fiche et la création des flyers :
 - CEDD
 - CHT



- Clinique Baie des Citrons
- Pour la diffusion de ces fiches :
 - Salles d'attentes des cabinets médicaux
 - Secrétariats médicaux
 - Pharmacies
 - Laboratoires d'analyses
 - ADNC
 - Organismes sociaux
 - CAFAT
 - Mutuelles

Outils

- Cahier des charges
- Utilisation des compétences du web master de l'agence sanitaire et sociale
- Distribution et diffusion par l'ASS NC

Calendrier

- Rédaction et mise en forme fin 2012
- Diffusion et distribution début 2013

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Augmentation de la demande en éducation thérapeutique
- Augmentation des prescriptions d'éducation thérapeutique par les médecins
- Augmentation du nombre de patients éduqués
- Satisfaction du public visé

Financement

- Financement de la fiche commune par l'ASS NC
- Financement du flyer CEDD par l'ASS NC
- Financement des flyers par la structure concernée (CHT, clinique)



Courrier trimestriel aux professionnels sur la stratégie thérapeutique

Constats

La diabétologie est une discipline en pleine évolution depuis une dizaine d'année

Il n'existe pas de circuit de l'information bien établi concernant le diabète en NC

Objectifs

- Discours « national » commun avec un même référentiel concernant la stratégie thérapeutique pour une unité cohérente de prise en charge
- Transmission régulière et formalisée d'information
- Travail en réseau avec partenaires privilégiés créant du lien et du partage entre professionnels multidisciplinaires

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires type réseau

- Equipe du CEDD
- Diabétologues

Public visé

- Public professionnel : médecins généralistes et professionnels de santé impliqués

Outils

- Listings du public
- Premières diffusions test
- Support attractif (titre « accrocheur », simple et évocateur)
- Exposé théorique ou pratique, synthétiques par des professionnels multidisciplinaires : Thérapeutique au sens large : médicamenteuse, éducative, psycho-sociale
- Cas cliniques avec vécu des patients et de leur entourage et résolution de problème par différentes stratégies

Calendrier

- 1^{er} temps : personnels du CEDD
 - Préparation, écriture fin 2012
 - Diffusion début 2013
 - Evaluation mi 2013
 - Réajustement
- 2ème temps : intervenants extérieurs du CEDD :
 - Mi 2013



- Evaluation fin 2013
- Réajustement

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Diversité des intervenants
- Satisfaction des professionnels destinataires

Financement

- ASS NC (Diffusion/Evaluation)
- Gratuité envisagée de la participation des acteurs



Les actions d'amélioration des outils mis à disposition des professionnels



Création d'une fiche de suivi du bilan annuel du diabétique

Constats

Les médecins généralistes ont du mal à suivre le bilan annuel recommandé pour leurs patients diabétiques
De ce fait, le suivi de leurs patients est encore largement perfectible

Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide au suivi du bilan annuel de leurs patients diabétiques selon les recommandations de bonnes pratiques
- Améliorer le suivi des patients diabétiques

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Médecins conseils de la CAFAT
- Médecins diabétologues
- Médecins spécialistes
- Représentant des médecins généralistes
- Equipe du CEDD

Public visé

Les médecins généralistes du public et du privé

Outils

- Cahier des charges de la fiche
- Recommandations calédoniennes de suivi des patients diabétiques
- Fiche de suivi du bilan annuel du diabétique
- Logiciel PAO

Calendrier

- 1^{er} temps : Listings du public avec test de première diffusion
 - Préparation / écriture début 2013
 - Diffusion mi 2013
 - Evaluation fin 2013
 - Réajustement
- 2^{ème} temps : Diffusion généralisée
 - Début 2014
 - Evaluation mi 2014
 - Réajustement



Evaluation des actions

- Création de l'outil respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des médecins généralistes
- Amélioration du suivi du bilan annuel des patients diabétiques

Financement

ASS NC



Création d'une fiche de suivi du niveau d'éducation thérapeutique**Constats**

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation du niveau d'éducation thérapeutique de leurs patients diabétiques
De ce fait, ils ont du mal à poursuivre et entretenir l'éducation thérapeutique de leurs patients

Objectifs

Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'évaluation du niveau d'éducation thérapeutique de leurs patients diabétiques

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Médecins diabétologues
- Représentant des médecins généralistes
- Equipe du CEDD

Public visé

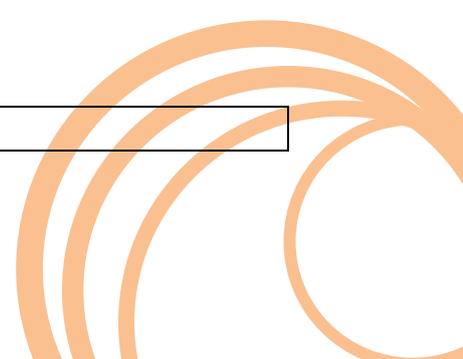
Les médecins généralistes du public et du privé

Outils

- Fiche de suivi du niveau d'éducation thérapeutique
- Fiche bilan de fin de stage du CEDD
- Logiciel PAO

Calendrier

- 1^{er} temps : Listings du public avec test de première diffusion
 - Préparation / écriture début 2013
 - Diffusion mi 2013
 - Evaluation fin 2013
 - Réajustement
- 2^{ème} temps : Diffusion générale
 - Début 2014
 - Evaluation mi 2014
 - Réajustement

Evaluation des actions

- Création de l'outil respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des médecins généralistes
- Amélioration de la poursuite et de l'entretien de l'éducation des patients diabétiques

Financement

ASS NC



Amélioration du carnet longue maladie de la CAFAT

Constats

Le carnet longue maladie de la CAFAT est un outil essentiel pour le suivi des patients diabétiques

Certaines informations sont diluées dans la masse

Certains professionnels de santé n'osent pas écrire dedans

Objectifs

Fournir aux professionnels de santé un meilleur outil d'aide au suivi des patients diabétiques et utilisé par tous

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Médecin du control médical de la CAFAT
- Médecins diabétologues
- Représentant des professions de santé
- Equipe du CEDD
- ADNC

Public visé

- Les professionnels de santé
- Les patients

Outils

- Carnet longue maladie de la CAFAT existant
- Fiche de suivi des patients diabétiques
- Fiches d'évaluation du niveau d'éducation thérapeutique, de l'état du pied, de la capacité physique

Calendrier

- 1^{er} temps : Listings du public avec test de première diffusion
 - Préparation / écriture mi 2013
 - Diffusion fin 2013
 - Evaluation début 2014
 - Réajustement
- 2^{ème} temps : Diffusion générale
 - Mi 2014
 - Evaluation fin 2014



- Réajustement

Evaluation des actions

- Amélioration du carnet respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des professionnels de santé
- Amélioration du suivi des patients diabétiques

Financement

- ASS NC
- CAFAT



Création d'une fiche d'évaluation de la capacité physique

Constats

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation de la capacité physique de leurs patients diabétiques

De ce fait, ils ont du mal à donner des conseils avisés et suivis à leurs patients diabétiques

Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'évaluation de la capacité physique de leurs patients
- Améliorer la pratique de l'activité physique des patients

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Educateur sportif
- Médecins diabétologues
- Représentant des médecins généralistes
- Equipe du CEDD

Public visé

Les médecins généralistes du public et du privé

Outils

- Fiche d'évaluation de la capacité physique
- Fiche pédagogique activité physique du CEDD
- Logiciel PAO

Calendrier

- 1^{er} temps : Listings du public avec test de première diffusion
 - Préparation / écriture d'ici fin 2012
 - Diffusion début 2013
 - Evaluation mi 2013
 - Réajustement
- 2^{ème} temps : Diffusion générale
 - Fin 2013
 - Evaluation début 2014
 - Réajustement



Evaluation des actions

- Création de l'outil respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des médecins généralistes
- Amélioration de la pratique de l'activité physique par les patients diabétiques

Financement

ASS NC



Création d'une fiche d'évaluation de l'état des pieds

Constats

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec la gradation du pied diabétique
De ce fait, ils examinent encore trop peu souvent les pieds de leurs patients
Les soins sont dispensés avec retard et les complications encore trop fréquentes

Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'examen du pied et à la gradation du risque
- Orienter plus rapidement les patients à risque vers un podologue ou une équipe multidisciplinaire
- Faire reculer les complications podologiques et les amputations

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Podologues
- Médecins diabétologues
- Représentant des médecins généralistes
- Equipe du CEDD

Public visé

Les médecins généralistes du public et du privé

Outils

- Cahier des charges de la fiche
- Fiche d'évaluation de l'état des pieds
- Fiche pédagogique « pied » du CEDD
- Logiciel de PAO et webmestre

Calendrier

- 1^{er} temps : Listings du public avec test de première diffusion
 - Préparation / écriture début 2013
 - Diffusion mi 2013
 - Evaluation fin 2013
 - Réajustement
- 2^{ème} temps : Diffusion générale
 - Début 2014
 - Evaluation mi 2014



○ Réajustement

Evaluation des actions

- Création de l’outil respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des médecins généralistes
- Amélioration de l’état de santé des pieds avec diminution du nombre d’amputations

Financement

ASS NC



Amélioration et diffusion de la fiche d'évaluation du besoin de soutien psychologique**Constats**

Les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation du besoin de soutien psychologique de leurs patients diabétiques

De ce fait, ils orientent encore trop peu souvent leurs patients vers un psychologue et des situations de blocage surviennent, avec rupture thérapeutique notamment

Objectifs

- Fournir aux médecins généralistes un outil d'aide à l'évaluation du besoin de soutien psychologique de leurs patients diabétiques
- Diminution des situations de blocage et des ruptures thérapeutiques

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Psychologues
- Médecins diabétologues
- Représentant des médecins généralistes
- Equipe du CEDD

Public visé

- Les médecins généralistes du public et du privé
- Les infirmiers

Outils

- Cahier des charges de la fiche
- Fiche d'évaluation du besoin de soutien psychologique
- Fiche existante du CEDD
- Logiciel de PAO et webmestre

Calendrier

- 1^{er} temps : Listings du public avec test de première diffusion
 - Préparation / écriture début 2013
 - Diffusion mi 2013
 - Evaluation fin 2013
 - Réajustement
- 2^{ème} temps : Diffusion généralisée
 - Début 2014
 - Evaluation mi 2014



○ Réajustement

Evaluation des actions

- Création de l'outil respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des médecins généralistes
- Amélioration de la prise en charge psychologique des patients diabétiques avec diminution des situations de blocage et du nombre de patients en rupture thérapeutique

Financement

ASS NC



Amélioration des outils numériques (e-santé)

Constats

Le numérique connaît une expansion rapide en Nouvelle Calédonie
Le domaine de la santé n'y échappe pas
Des outils numériques dans le diabète sont à développer (dossier médical informatisé, site Internet, visioconférences, fond d'œil numérisé) ou à créer (serious game, plate forme d'accompagnement téléphonique)

Objectifs

Fournir des outils de communication, de formation, d'aide à la prise en charge de leurs patients diabétiques

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Equipe du CEDD
- Représentant des médecins
- Webmestre de l'ASS NC
- Cedrim
- Observatoire du numérique

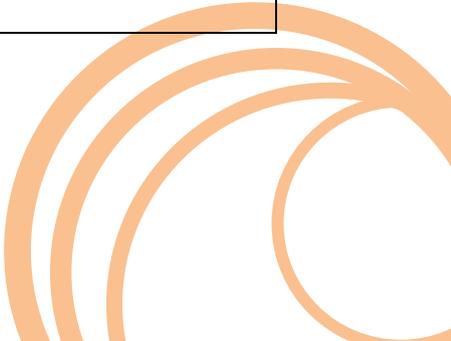
Public visé

- Les médecins généralistes du public et du privé
- Les médecins spécialistes
- Les infirmiers et autres professionnels de santé
- Les patients et leur entourage

Outils

- Etat des lieux de l'existant
- Cahier des charges des outils
- Fournisseur d'accès Internet et hébergement
- Logiciel de PAO et webmestre
- Plateforme téléphonique
- Matériel de visioconférence
- Dossier médical partagé

Calendrier

- Etat des lieux début 2013
 - Début des actions mi 2013
- 

Evaluation des actions

- Création de l'outil respectant les objectifs et les priorités
- Calendrier respecté
- Satisfaction des usagers professionnels de santé et patients

Financement

ASS NC



Création d'outils de traduction des concepts éducatifs par des locuteurs culturels

Constats

Les soignants tout comme les concepteurs des documents pédagogiques sont européens, les patients sont souvent océaniens

De ce fait, les concepts développés dans les documents pédagogiques sont parfois mal compris de la population océanienne

Objectifs

- Avoir un discours éducatif interculturel commun
- Prise en considération cohérente des différents abords culturels
- Tirer profit de la richesse culturelle calédonienne avec enrichissement mutuel soignants (formation occidentale) / soignés (majorité océanienne)
- Etablir des passerelles entre tradition et modernité dans une société en mutation à partir des représentations de la maladie, en augmentant l'impact de la transmission d'information éducative

Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Travailleurs sociaux et médiateurs culturels, sociologues, anthropologues
- Référents - Relais - Agents de santé communautaires impliqués et volontaires
- CEDD
- Personnels des dispensaires
- Praticiens libéraux, hospitaliers et des cliniques

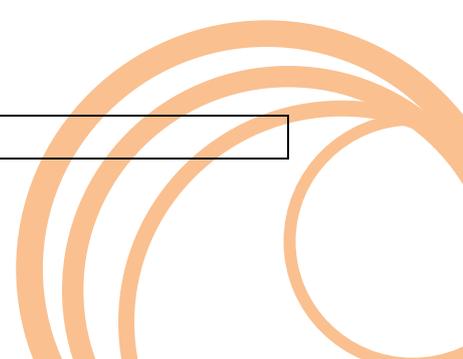
Public visé

Tous les professionnels de santé

Outils

- Cahier des charges
- Traduction des documents pédagogiques du CEDD
- Langues : différentes langues de la Grande Terre les plus utilisées, Lifou, Maré, Ouvéa, Wallisien
- Hiérarchisation de la traduction des concepts en fonction des attentes du public (priorités différentes en fonction des représentations)
- Types de messages : mots, dessins
- Formes de supports : papier, oral

Calendrier



- 1^{er} temps : Listings du public avec test des premières diffusions
 - Préparation / écriture fin 2012
 - Diffusion début 2013
 - Evaluation mi 2013
 - Réajustement

- 2^{ème} temps : Diffusion généralisée
 - Fin 2013
 - Evaluation début 2014
 - Réajustement

Evaluation des actions

- Création d'outils respectant les objectifs et priorités
- Calendrier respecté
- Qualité de la transmission d'information et d'échange autour des outils utilisés
- Questionnaire de satisfaction
- Amélioration de l'état de santé par des indicateurs quantitatifs et qualitatifs

Financement

- ASS NC
- Gratuité de la participation des acteurs communautaires



Les actions de formation



Formation de relais de santé au diabète dans les villages, les tribus, les squats**Constats**

De nombreuses personnes ayant peu de contact avec le système de soin ignorent qu'elles sont diabétiques

De trop nombreux patients sont en rupture thérapeutique

Il existe dans les villages, les tribus et les squats des personnes servant de relais pour les problèmes de santé

Leur niveau de formation quant au diabète est insuffisant

Objectifs

- Améliorer le dépistage du diabète
- Limiter le nombre de patients perdus de vue
- Limiter le nombre de complications liées au diabète déséquilibré
- Limiter le coût du diabète en NC
- Former des référents diabète dans la population
- Mettre en place d'un système de suivi et de soutien des personnes relais

Acteurs - Partenaires (Réseau)

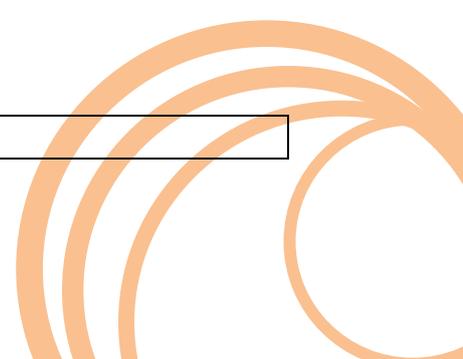
- Services de prévention des Provinces
- Diététiciennes itinérantes de l'ASS NC
- CEDD
- Equipe du PPS de l'ASS NC

Public visé

Personnes motivées par les actions de prévention en santé

Lieux des actions

- Maisons communes
- Salles communales
- Squats
- Centres culturels
- Centre médico-sociaux

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires

- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes relais formées

- Nombre de personnes dépistées
- Nombre de dépistages positifs
- Nombre de perdus de vue

- Nombre d'actions collectives réalisées par les personnes relais
- Nombre de personnes diabétiques suivis tous les 3 mois

- Nombre d'HbA1c réalisées par an par patient
- Nombre de personnes en rupture thérapeutique
- Évolution des HbA1c, des IMC et du périmètre abdominal

Outils

- Cahier des charges de la formation
- Documents éducatifs du CEDD et du PPS
- Affiches de la CPS et des Provinces

Calendrier

Formations réalisées dès le début 2013

Financement

- ASS NC
- Provinces



Formation des agents de dépistage au diabète

Constats

Les personnes réalisant le dépistage du diabète non professionnelles de santé sont insuffisamment formées au diabète

De nombreuses personnes ayant peu de contacts avec le système de soin ignorent qu'elles sont diabétiques

Le dépistage, le diagnostic et l'annonce sont des temps très importants

Objectifs

- Améliorer la qualité du dépistage du diabète
- Proposer un dépistage aux personnes ayant peu de contacts avec le système de soin
- Prise en charge précoce des patients diabétiques
- Limiter le nombre de complications liées au diabète ignoré
- Limiter le coût du diabète en NC

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- CEDD
- Diététiciennes itinérantes de l'ASS NC
- Provinces
- Equipe du PPS de l'ASS NC

Public visé

- Membres de l'ADNC
- Membres des clubs de service
- Personnes volontaires

Lieux des actions

- CEDD
- Regroupements géographiques

Outils

- Cahier des charges de la formation
- Documents éducatifs du CEDD et du PPS
- Affiches de la CPS, PN, PIL, PS



Calendrier

- Début des formations mi 2013
- Evaluation fin 2013
- Réajustement

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées
- Nombre d'actions réalisées par les personnes formées

Financement

ASS NC



Formation des professionnels à l'approche psychologique du patient diabétique

Constats

Les professionnels de santé ne sont pas très à l'aise avec l'approche psychologique des patients diabétiques

Des situations de blocage surviennent avec rupture thérapeutique

Une formation des professionnels de santé semble donc nécessaire

Objectifs

- Améliorer l'approche psychologique du patient diabétique par les professionnels de santé
- Limiter les perdus de vue et les ruptures de suivi et thérapeutiques

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Psychologues
- CEDD

Public visé

- Les médecins généralistes libéraux
- Les médecins généralistes des dispensaires
- Les médecins spécialistes
- Les infirmiers
- Les diététiciens
- Les podologues
- Les éducateurs sportifs

Lieux des actions

- CEDD
- Locaux de l'ASS NC

Outils

- Cahier des charges de la formation
- Lettre d'information de la création de cette formation
- Power Point
- Fiche de support pédagogique
- Jeux de rôle



Calendrier

- Début de la formation début 2013
- Evaluation mi 2013
- Réajustement

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires

- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées

- Nombre de perdus de vue, de rupture de suivi

Financement

ASS NC



Formation des professionnels à l'annonce de la maladie

Constats

L'annonce de la maladie est une étape primordiale, notamment pour la prise en charge du diabète par le patient lui-même

Le personnel soignant est mal à l'aise avec l'annonce du diabète

Une formation des professionnels de santé est donc nécessaire

Objectifs

- Améliorer l'annonce de la maladie par les professionnels de santé
- Limiter les situations de blocage, les perdus de vue et les ruptures de suivi

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Psychologues
- CEDD

Public visé

- Les médecins généralistes libéraux
- Les médecins généralistes des dispensaires
- Les médecins spécialistes
- Les infirmiers
- Les personnes effectuant un dépistage du diabète

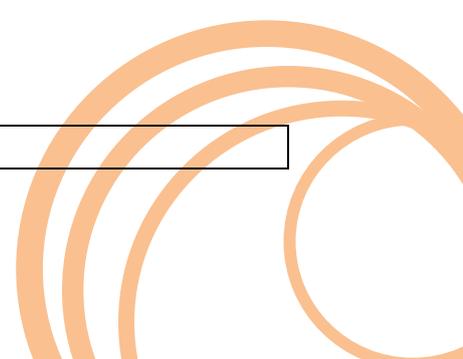
Lieux des actions

- CEDD
- Locaux de l'ASS NC

Outils

- Cahier des charges de la formation
- Lettre d'information auprès des médecins de la création de cette formation
- Power Point
- Fiche de support pédagogique
- Jeux de rôle

Calendrier



- Début de la formation début 2013
- Evaluation mi 2013
- Réajustement

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires

- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées

- Nombre de perdus de vue, de rupture de suivi

Financement

ASS NC



Formation des professionnels à l'éducation thérapeutique

Constats

La formation de professionnels de santé à la méthodologie de l'ETP conditionne son efficacité (recommandations internationales)

L'offre de formation en NC est assurée par le CEDD depuis 10 ans, de type initiation à l'éducation thérapeutique à orientation diabète, au rythme de 3 formations annuelles, pour 12 à 15 professionnels de santé, essentiellement issus du service public (4/5)

L'IFPA propose depuis 2011-2012 une formation de 100H à orientation multi pathologie, au rythme d'une formation annuelle, pour 18 à 24 professionnels de santé essentiellement issus du service public (2/3)

Dans le secteur privé l'éducation thérapeutique au cours des soins de premier recours est quasi absente

Objectifs

- Pérenniser les formations existantes
- Développer l'éducation thérapeutique au cours des soins de premier recours
- Développer des bases communes de pédagogie éducative visant l'autonomisation, la responsabilisation des patients avec des références universellement reconnues
- Remettre le patient au centre du dispositif éducatif par un positionnement particulier de la relation soignants/soignés dans l'éducation thérapeutique
- Effectuer un travail en réseau avec des partenaires privilégiés en créant du lien et du partage entre professionnels multidisciplinaires
- Diminuer l'inégalité d'accès à l'éducation thérapeutique hors du Grand Nouméa
- Cibler les populations les plus fragiles

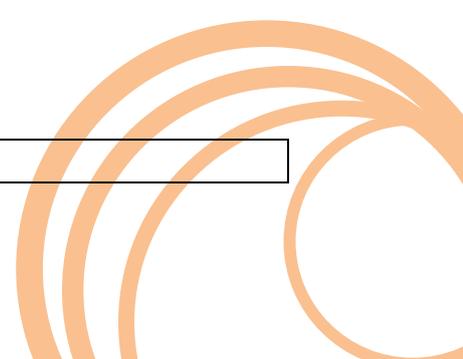
Acteurs - Partenaires multidisciplinaires (Réseau)

- Professionnels de santé locaux formés, pour l'initiation : CEDD CHT, CI BDC, CMCP
- Professionnels de santé métropolitains (GRIEPS) pour la formation de base (niveau 1)
- Patients diabétiques : vécus, représentations, résolution de problèmes au quotidien

Public visé

- Professionnels de santé stratégiques (référents)
- Professionnels de santé impliqués et sensibilisés à la pratique de l'éducation thérapeutique
- Professionnels des soins de premiers recours

Outils



- Formation de formateur des professionnels des soins de premiers recours
- Cahiers des charges des formations
- Diaporamas
- Exposés théoriques ou pratiques
- Temps d'échange libre
- Jeux de rôle
- Cas cliniques avec vécu des patients et de leur entourage
- Résolutions de problème

Calendrier

- Poursuite des formations initiation au CEDD / CHT
- Poursuite formation de 100H à l'IFPA 1 fois par an par le GRIEPS
- Initiation des professionnels des soins de premiers recours libéraux (en soirée)
 - Mise en place début 2013
 - Evaluation mi 2013
 - Réajustement

Lieux de formation

- CEDD
- CHT
- CI BDC
- IFPA
- Salles de conférence

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires
- Nombre et type de formations proposées
- Nombre de professionnels de santé formés

Financement

- ASS NC
- IFPA
- CHT
- Provinces



Formation des professionnels de santé au diabète à la carte

Constats

Le discours des professionnels quant au diabète est parfois discordant

Une formation diabète de 5 jours réalisée par le CEDD et le CHT existe depuis aujourd'hui 10 ans ciblant principalement les médecins et infirmiers salariés

Des formations moins longues, plus souples et plus ciblées sont demandées par des professionnels de la santé et du social

Objectifs

- Favoriser une éducation de proximité
- Adapter et rendre accessible la formation diabète à tous
- Avoir un discours national unique

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Equipe du CEDD
- Equipe du CHT
- Equipe de la clinique de la Baie des citrons

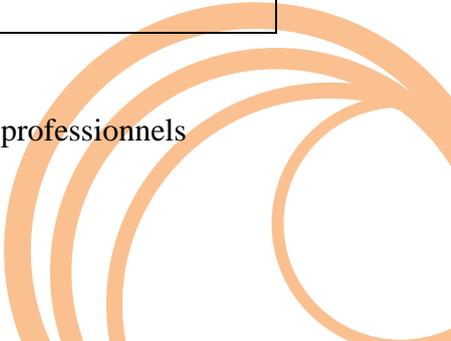
Public visé

- Médecins libéraux et de dispensaire
- IDE (libéraux, dispensaires)
- Pharmaciens
- Biologistes
- Diététiciens
- Sages-femmes
- Assistantes sociales

Lieux des actions

- CEDD
- CHT
- Clinique de la Baie des citrons

Outils

- Cahiers des charges des formations
 - Répertoire à jour des coordonnées des syndicats et associations de professionnels
 - Fiche d'évaluation des besoins du professionnel de santé
- 

- Power points
- Fiches pédagogiques

Calendrier

- Estimation des besoins, création des outils début 2013
- Information/communication mi 2013
- Début des actions fin 2013
- Evaluation début 2014
- Réajustement

Evaluation des actions

- Calendrier et cahiers des charges des formations respectés
- Satisfaction des stagiaires

- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées

Financement

- ASS NC
- CHT
- Clinique de la Baie des citrons



Formation des professionnels à la gradation du pied diabétique

Constats

De trop nombreuses amputations de pieds diabétiques ont lieu en Nouvelle Calédonie

Le dépistage systématique des patients à haut risque de lésions du pied et d'amputation est encore insuffisant

Un protocole de prise en charge par forfait de soins podologiques sur le modèle pris en charge par les caisses en France a été mis en place. Il s'adresse aux diabétiques à haut risque (grade 2 et 3 de la gradation établie par l'International Working Group en 1999). Les soins sont effectués par des podologues spécifiquement formés avec 1 bilan podologique initial suivi de 5 séances de soins. Le patient n'a pas à faire l'avance des soins

Des vacations de podologie sont organisées dans l'intérieur et les îles

Objectifs

- Coller aux recommandations de bonne pratique
- Dépister au plus tôt les pieds à haut risque
- Améliorer la prise en charge du pied diabétique
- Faire reculer les amputations

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Le syndicat des podologues
- L'équipe du CEDD

Public visé

- Les médecins généralistes du public et du privé
- Les infirmiers du public et du privé

Lieux des actions

- CEDD
- Salles de conférence

Outils

- Power point
- Mono filaments de nylon
- Fiche d'évaluation de l'état du pied
- Ordonnancier pour forfait de soin



Calendrier

- Estimation des besoins, création des outils début 2013
- Information/communication mi 2013
- Début de l'action fin 2013
- Evaluation début 2014
- Réajustement

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires

- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées

- Recul du nombre d'amputations

Financement

ASS NC



Formation des professionnels au diabète gestationnel

Constats

De nouvelles recommandations ont été émises fin 2010

Les patientes sont en général motivées mais le contexte social est parfois difficile

Après l'accouchement il y a encore trop de défaut de concordance entre l'équipe d'hospitalisation et le médecin pour le suivi

Il existe des difficultés de suivi avec certaines femmes d'origine océanienne

Les cycles glycémiques réalisés en hôpital et en dispensaire lors d'une hospitalisation ne correspondent pas aux ingestas habituels

Objectifs

- Harmoniser la prise en charge et le suivi des patientes par l'ensemble des acteurs sur l'ensemble du territoire
- Mettre à jour les connaissances des professionnels de santé

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- ASS NC : programme de formations Naître en Nouvelle-Calédonie
- Médecins gynéco-obstétriciens
- Médecins diabétologues
- L'équipe du CEDD

Public visé

Tous les professionnels de santé

Lieux des actions

- ASS NC de Nouméa pour la Province Sud
- ASS NC de Koné pour la Province Nord
- Lifou pour la Province des Iles

Outils

- PowerPoint
- Supports écrits
- Documents du CEDD



Calendrier

Deuxième semestre 2013

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires
- Nombre de formations réalisées
- Nombre d'acteurs formés
- Bonne diffusion des nouvelles recommandations
- Amélioration de la prise en charge et du suivi des patientes

Financement

ASS NC



Formation des diététiciens à la diététique pédiatrique**Constats**

La prise en charge des enfants diabétiques de type 1 est incomplète car la majorité de ces enfants n'a jamais été suivie par un(e) diététicien(ne).

Objectifs

Réaliser une formation à la diététique pédiatrique du diabète de type 1 à destination des diététicien(ne)s sur les thèmes :

- La diététique dans l'éducation thérapeutique adaptée à l'enfant et à l'adolescent diabétique de type 1
- La prise en charge diététique des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents diabétiques de type 1
- Les nouveautés dans la prise en charge diététique du diabétique de type 1
- La prise en charge diététique dans l'insulinothérapie fonctionnelle du diabétique de type 1
- Les difficultés rencontrées faisant suite au passage à l'adolescence des patients diabétique de type 1, ou lors de la découverte à cette période de la vie
- L'implication familiale : parents (et famille proche) laxistes ou restrictifs

La formation sera axée sur l'éducation thérapeutique diététique dans le diabète de type 1 de l'enfant avec l'équipe soignante, et d'autre part sur la prise en charge nutritionnelle

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- CHU métropolitain
- ASS NC

Public visé

- Tous les diététiciens de Nouvelle-Calédonie
- Ouvrir à la Polynésie Française

Lieux des actions

ASS NC

Outils

- Outils des formateurs du CHU
- Questionnaire a envoyé aux parents sur la prise en charge diététique



Calendrier

- Montage de la formation 2013
- Début de la formation 2014

Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respectés
- Satisfaction des stagiaires
- Nombre de diététiciens formés
- Nombre de consultations diététiques par enfant
- Amélioration des paramètres biologiques

Financement

ASS NC



Formation de délégués de santé au diabète

Constats

Il y a une méconnaissance par les médecins des structures d'éducation au diabète existantes et de leur organisation en niveau

Les recommandations de bonnes pratiques sont mal connues des médecins

Objectifs

- Informer les médecins des structures éducatives existantes
- Expliquer le fonctionnement de ces structures
- Motiver le médecin à prescrire des stages d'éducation tôt dans la prise en charge
- Diffuser les recommandations de bonnes pratiques

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- Délégués de santé formés au diabète
- CEDD

Public visé

- Les médecins généralistes libéraux et du public, de Nouméa, de l'intérieur et des îles
- Les médecins spécialistes s'intéressant au diabète

Lieux des actions

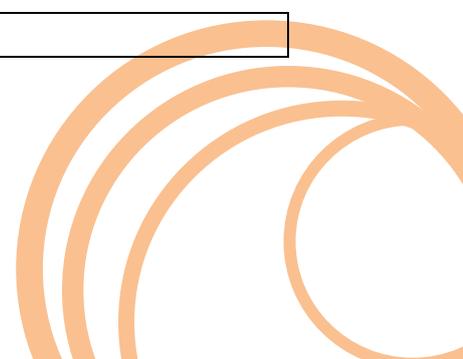
- ASS NC pour la formation des délégués
- Cabinets médicaux
- Dispensaires

Outils

- Formation des délégués par le CEDD
- Soirée médicale de présentation des délégués et du projet
- Lettre d'information auprès des médecins
- Planning des visites des délégués

Calendrier

- Dès recrutement des délégués
 - 2 mois pour leur formation
 - 6 mois pour effectuer les visites



Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges de la formation respecté
- Satisfaction des stagiaires
- Nombre de délégués formés
- Nombre de médecins vus par les délégués
- Amélioration du suivi des recommandations de bonne pratique

Financement

ASS NC



Les actions relevant de thèmes spécifiques



Espace de parole et d'échange : « Cellule psycho-sociale »

Constats

Il n'existe pas d'espace de parole et d'échange avec un encadrement professionnel pour les patients diabétiques en difficultés

Un équilibre de vie médico-psycho-social est nécessaire pour un diabète équilibré

Objectifs

- Prendre le temps de partager
- Respecter le temps du patient
- Favoriser le bien-être global du diabétique : équilibre de vie médico-psycho-social pour un diabète équilibré
- Réponses rapides : dans la semaine / les 15 jours, maximum le mois
- Augmenter le soutien psycho-social perçu : créer du lien entre professionnels et patients, entre patients (groupe de pairs) pour sortir de l'isolement psycho-social et lutter contre la culpabilité
- Travail axé sur la représentation de la maladie, les résistances des patients et des soignants, la perception de l'information reçue

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- CEDD
- Association des diabétiques
- Médecins référents (généralistes, spécialistes)
- Médecins du travail
- Représentants institutionnels
- Travailleurs sociaux et médiateurs socio-culturels, acteurs de prévention, éthno-sociologues

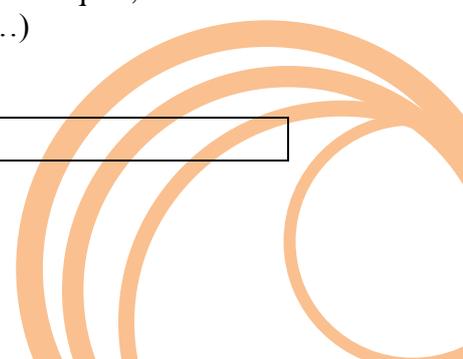
Public visé

- Patients diabétiques
- Entourage : familial, affectif, social, monde du travail

Lieux des actions

- CEDD
- Autres structures sanitaires ou communautaires (association des diabétiques, associations de femmes, maison de quartier, clinique BDC, CHT...)

Outils



- Un local, un secrétariat
- Groupes de parole
 - Libre échange : pour débiter l'action et évaluer les attentes des patients
 - Par thématiques : par exemple Comment avoir une alimentation équilibrée à moindre coût, intégrer une activité physique dans son quotidien, accepter la maladie et son traitement chronique, oser parler de la maladie à sa famille, à ses collègues, impliquer ses proches, faire des choix de vie dans une société de (sur)-consommation
 - Fonction de populations cibles : par exemple Diabète et travail, diagnostic récent, diabète déséquilibré, femmes enceintes, difficultés à trouver sa place socio-culturelle de diabétique, devenir agent communautaire et maintenir la bonne santé de son entourage
- Entretiens individuels
 - Psychothérapie de soutien, Relaxation/Hypnose/Programmation neuro-linguistique, Entretien motivationnel, Thérapie cognitivo-comportementale, Entretien travailleurs et médiateurs sociaux
- Campagne d'information
 - Flyers, Supports de l'ADNC, Courrier trimestriel du CEDD aux partenaires de santé

Calendrier

- 1^{er} temps : Personnels du CEDD début 2013
 - 2 mois de préparation : recrutement des partenaires et du public
 - Horaires et rythme : 2H Après-midi ou Soirées, 2 fois par mois
 - Evaluation à 3 mois et réajustement
- 2^{ème} temps : Intervenants extérieurs du CEDD 2014
 - Evaluation à 3 mois

Evaluation des actions

- Dans leur réalisation
 - Calendrier et cahier des charges respectés
 - Disponibilité des acteurs et du public : groupe de 8-10 patients, 2 animateurs
 - Aménagement et respect des horaires
 - Rythme des actions : 2 groupes par mois, RDV individuels à la demande
 - Nombre de personnes recrutées et rendez-vous honorés
 - Dynamique des échanges entre acteurs et public
- Dans leurs effets
 - Questionnaires de satisfaction quantitatif et qualitatif
 - Par le public reçu : Amélioration de la qualité de vie somatique et psychosociale (même avec un équilibre du diabète non (encore) obtenu), amélioration de l'équilibre du diabète, réponse aux attentes (acceptation de la maladie, du traitement, améliorations des relations sociales)

- Par les acteurs : investissement du public lors des actions proposées (respect du suivi proposé, participation homogène lors des groupes de parole), réponses aux objectifs, évolution psycho-comportementale

Financement

ASS NC (pour vacations des acteurs du privé notamment)



Enquête auprès des médecins généralistes libéraux sur leurs difficultés et leurs besoins

Constats

Les médecins ont des difficultés quant à la prise en charge des patients diabétiques et au manque d'observance de ceux-ci

Objectifs

- Evaluer les difficultés et les besoins des médecins dans la prise en charge du patient diabétique
- Améliorer la communication avec les médecins prescripteurs dans le but d'harmoniser la prise en charge du patient
- Permettre à chaque patient diabétique d'accéder à l'éducation thérapeutique

Acteurs - Partenaires (Réseau)

- CEDD
- Prestataire ou stagiaire

Public visé

Les médecins généralistes du public et du privé

Lieux des actions

- Cabinets médicaux privés
- Dispensaires

Outils

- Réalisation d'un questionnaire d'enquête par le CEDD
- Formation de l'enquêteur par le CEDD
- Traitement des données

Calendrier

- Réalisation du questionnaire début 2013
- Formation enquêteur mi 2013
- Enquête sur le terrain mi 2013
- Etude des résultats fin 2013



Evaluation des actions

- Calendrier et cahier des charges respectés
- Nombre de médecins ayant participé à l'enquête.
- Augmentation du nombre de prescriptions de stage d'éducation
- Amélioration de la communication générale entre partenaires médicaux

Financement

ASS NC



NOTES :

