




Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE



7^{ÈME} FORUM DIABETE

ATELIER 1

**PATIENT DIABÉTIQUES EN SITUATION PRÉCAIRE ?
COMMENT LES DÉTECTER,
QUE FAIRE ET À QUI S'ADRESSER ?**



PATIENT DIABÉTIQUES EN SITUATION PRÉCAIRE? COMMENT LES DÉTECTER, QUE FAIRE ET À QUI S'ADRESSER ?

- Mme Christelle Preaux-Sirieix, infirmière, Service de Médecine Premier Recours
- Dr Richard Mbundu Ilunga, médecin assistant, direction endocrinologie et métabolisme
- M. Rupert Oliver Collis, socio-anthropologue, chef unité service social CHUV

POSTULAT

La maladie diabétique, à fortiori chronique, parfois difficilement stabilisée en raison de difficultés d'accès aux soins des patients non ou insuffisamment assurés, de questions de compliance ou d'adhésion au traitement, voire d'obstacles pratiques pour l'obtention des médicaments, de l'absence de médecin de famille ou de premier recours, du recours fréquent aux services d'urgences, constitue un défi pour les soignants et met en tension le système de santé.

LA GRANDE QUESTION: COMMENT DÉTECTER ET ASSURER LE SUIVI D'UN PATIENT PRÉCAIRE ?

Méthodologie :

Présentation de deux vignettes cliniques anonymes issues de la pratique clinique

Questions et débat / vos points de vues – propositions - solutions – orientations – plan d'action

«wrap up» des idées et propositions de prise en charge intégrative pour sécuriser et améliorer le suivi

VIGNETTE CLINIQUE 1 / MADAME M / DES FAITS BRUTS AUX BONNES QUESTIONS / 15 MINUTES

- Mme M est adressée **par les urgences** à votre consultation
- Patiente de 41 ans diabétique de type 2 ,HTA ,hypercholestérolémie, a **stoppé son traitement d'insuline depuis plusieurs mois** .
- Consultations aux urgences pour pollakiurie et douleur sous-pubienne :
- Infection urinaire basse, compliquée (contexte de diabète de type 2 non traité):
- Stix urinaire: leuco++, glucose +++++, pas de nitrite, pas d'érythrocytes
- Attitude : Nitrofurantoine 100mg 3x/j pdt 7 jours
- Labo : Culture en cours
- Diabète de type 2, IR, non traité actuellement ,rupture de suivi et traitement, **décompensée**
- Glucose plasmatique : 13.7mmol/l HbA1c 12,4%, osmol plasmatique sp ,pH artériel sp ,pas de corps cétoniques urinaires
- Attitude : reprise metformine 500mg
- Lantus 10u.i 1 x/j le soir
- Auto surveillance/contrôle à faire Glycémie capillaire 1x/j
- Premiers éléments d'anamnèse sociale par le médecin :
- Patiente sans activité professionnelle actuellement, vit avec son compagnon , mère d'un enfant de 4 ans, en attente d'un permis

PRENEZ LE TEMPS DE VOUS POSEZ LES BONNES QUESTIONS

- Qu'est-ce que vous faites ? Premiers réflexes ? Qui contacter vous ? Quelle suite prévoir ? Comment favoriser et sécuriser le continuum de soins ?

VIGNETTE 2 / MADAME L / LA SYSTÉMATIQUE ET LA CINÉTIQUE + MÉDICAL + SOCIAL / 20 MINUTES

Identité et contexte / approche systémique

Madame L, 66 ans, divorcée / Éléments sociaux

Permis de séjour C depuis 05.2018 / **Employeur** : Bar Club - travail de nuit non déclaré ?

- Portugaise, d'origine Capverdienne
- Arrivée en Suisse en ? Retour dans son pays d'origine plusieurs fois en vacances
- Langue : maternelle portugais / compréhension basique du français
- Locataire de son logement
- **Éléments médicaux / Diagnostic**
- Diabète de type 2, diagnostiqué en 1981 dans un contexte de suivi post-diabète gestationnel avec
 - Rétinopathie diabétique bilatérale avec maculopathie ischémique de l'oeil droit
 - Néphropathie diabétique de stade G3b/4 A1 selon KDIGO (eGFR 31 ml/mn, ACR 0.2 mg/mmol en décembre 2017) sous traitement néphroprotecteur
- Polyneuropathie des membres inférieurs débutante - pieds à risque augmenté

SUIVI MÉDICAL ET PROBLÉMATIQUES

- Madame L présente un diabète de type 2 avec de multiples complications microvasculaires, dans le contexte d'un syndrome métabolique, dont l'équilibre est insatisfaisant comme en témoigne l'HbA1c à 8.8%. Notons au cours des années précédentes, des HbA1c qui oscillent entre 8.0 et 9.0%. Malgré une prise en charge diététique, de la physiothérapie individuelle pour l'aider dans la reprise d'une activité physique régulière, Madame Lopes peine à s'investir dans la prise en charge de son diabète, avec des capacités d'introspection limitées.

Bilan des complications, comorbidités et facteurs de risque associés au diabète :

- **Néphropathie/tension artérielle** : atteinte rénale de stade G3b/G4 A1 (eGFR 31 ml/min, ACR 0.2 mg/mmol en décembre 2017), suivie par le Docteur Pruijm en néphrologie. La TA est dans les cibles en consultation.
- **Rétinopathie** : patiente connue pour une rétinopathie diabétique bilatérale avec une maculopathie ischémique de l'oeil droit avec un suivi régulier à l'Hôpital Ophtalmique.
- **Neuropathie/pieds** : polyneuropathie des membres inférieurs débutante (pallesthésie abaissée). Conseil de prévention de base avec prescription soins podologiques et chaussages adaptés difficiles à mettre en place pour des raisons financières. Son assurance ne couvre pas les soins podologiques et n'a pas de moyens pour payer sa part lors de l'achat des chaussures orthopédiques adaptées
- **Suivi pondéral** : prise pondérale progressive dans le contexte d'un trouble non spécifié du comportement alimentaire sous forme de grignotages dont la patiente est partiellement consciente. Nous proposons de reprendre une prise en charge diététique centrée sur l'équilibre alimentaire et insistons sur la reprise d'une activité physique régulière et quotidienne, par exemple sous forme de marche.
- **Éducation thérapeutique** : mise en échec du suivi infirmier parallèlement à la consultation médicale pour des raisons financières. La patiente se plaint d'avoir plus des factures à payer. Ne veut pas non plus de suivi diététique. Ne voit l'importance d'un tel suivi si elle ne peut pas se procurer une alimentation équilibrée conseillée par les diététiciennes par faute des moyens financiers.

MÉDICATION

- Insuline détémir (Levemir®) 9 UI-0-0
- Novorapid® (insuline aspart) 6 UI le matin, entre 3 UI et 4 UI au repas de midi et soir
- Olmesartan 10 mg/j
- Zanidip® (lercanidipine) 10 mg/j
- Aspirine cardio® 100 mg/j
- Pravastatine 20 mg 0-0-1
- Pantoprazol 20 mg/j en réserve

ANAMNÈSE SOCIALE À COMPLÉTER ET DOCUMENTER PAR L'AS

- Assurance maladie / Oui, subsides à vérifier avec OVAM
- Avs / cotisations, demander extrait
- AI / à examiner
- Suivi social ? à prévoir le signalement par médecin généraliste au service social de la PMU
- Assurance perte de gain ?
- Réseau en place: CSR ? PMU ? CSP ? Autre ?
- Finance / budget et état des dettes / extrait de poursuites et actes de défauts de biens.

RESSOURCES ET ETAT DU RÉSEAU PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Famille et entourage

- **Soutien** : relation difficile avec ses filles, se sent abandonnée
- **Réseau** : suspicion de désinsertion sociale

Style de vie

- **Comportements à risque** : trouble non spécifié du comportement alimentaire sous forme de grignotages
- **Sports et loisirs** : aucun

Action sociale à mettre en place / couverture des frais de soins podologues, réinsertion par la vie associative, cours de français – lire et écrire. Désendettement, demande de fonds.

COMPLÉMENTS / RÉFLEXIONS / STIMULATIONS

- Prise en charge intégrative et systémique des patients diabétiques ayant des facteurs de vulnérabilités
- Comment estimer l'apport clinique et plus-value de l'expertise sociale en diabétologie
- Quel réseau connaissez-vous ?



LA PART SOCIALE EST NON NÉGLIGEABLE DANS L'ÉQUATION DIABÈTE/VULNÉRABILITÉ.

- De nombreux facteurs de vulnérabilités doivent être identifiés et documentés, et sont souvent cumulés chez un même patient ou typologie de patients.
- Les facteurs de vulnérabilités en lien direct avec le diabète, impactent les domaines de l'alimentation, de l'activité physique, de la surcharge pondérale, le monde du travail, des finances, de la salubrité du logement, du contexte migratoire etc. etc.
- Le patient vulnérable, devient-il plus vulnérable encore avec la maladie chronique ?
- La « medical literacy » de la patientèle est – elle suffisamment prise en compte ?
Recours systématique ou non à la traduction ?
- Les ressources du réseau primaire, du réseau secondaire, et celui des partenaires est-il mis à contribution à bon escient ?
- La compréhension de la dimension psychosociale est-elle alimentée par une réflexion systémique et une expertise sociale ?
- Qu'en est-il de l'« empowerment » du patient via l'enseignement et l'autocontrôle.

LA PART SOCIALE EST NON NÉGLIGEABLE DANS L'ÉQUATION DIABÈTE/VULNÉRABILITÉ.

- Comment favoriser le continuum de soins dans le contexte où le lien patient/soignant doit être régulièrement renoué – du fait du contexte d'Hôpital universitaire avec tournus accéléré du personnel soignant ?
- L'assistant social a un rôle à jouer pour fédérer, coordonner, faire de la prévention, proposer un « soin » administratif en matière assurancielle et/ou budgétaire.
- Le diabétologue est un spécialiste en médecine sociale et communautaire ? Est enclin à s'intéresser à la vulnérabologie ? Comment peut il former un tandem avec l'assistant social pour sécuriser la réponse clinique, diminuer les risques par le renforcement des trois piliers.
- L'infirmière de premier recours joue un rôle important dans la continuité des soins, sensibilisée à la question sociale très souvent centrale dans la prise en charge, a une bonne connaissance du réseau social et peut adresser le patient au service social adéquat; rôle dans l'enseignements des différents items du diabète afin de permettre l'autonomie du patient . Rôle dans la coordination des soins avec l'organisation de la consultation interprofessionnelle
- Le médecin de premier recours collabore avec l'équipe de diabétologie sur dossier dans un premier temps puis demande en consultation en diabétologie avec dépôt de garantie
- Le patient avec son histoire de vie, ses valeurs, sa culture, sa littéracie en santé, ses conditions de vie, son entourage ou son isolement et sa précarité.

Gérer mon diabète

ALIMENTATION



ACTIVITÉ PHYSIQUE



TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX



Contrôle de la glycémie



BÂTIR ET CONSOLIDER / SÉCURISER

- *Autocontrôle* : enseignement et « teaching back », lien avec les services externes du DSB, les CMS, l'AI, les services sociaux des CSR, l'OCTP, les familles, les employeurs etc
- *Hygièno-diététique* : promotion et incitation à l'activité physique, alimentation calibrée sur les besoins nutritionnels et le contexte de vie pour limiter les risques hypogl ou hypergl, vision intégratives des corps professionnels, physiothérapeutes, ergothérapeutes, podologues, diététiciens, infirmiers, assistant sociaux, etc
- *Thérapeutique* : accès aux soins, suivi, compréhension et adhésion au traitement, prévention – stabilisation et gestion des risques
- **Intégrer la dimension sociale dans l'équation thérapeutique**
- **Boucles de rétroactions par les différents professionnels et soignants – case management – réseau et colloques – lien avec la santé publique – détermination des besoins en réponse sociale en diabétologie ambulatoire.**
- **FINANCEMENTS DES SOINS**
- **Limitation de facto des soins électifs mais néanmoins essentiels faute de dépôt préalable :
QUID ? Disparités cantonales ?**

MERCI POUR VOTRE
BIENVEILLANCE ET VOTRE
PARTICIPATION À CET ATELIER