

# LES DIFFERENTS ATELIERS

1. Augmenter la dépense physique
2. Modifier son alimentation

Diminution des volumes, des encas ou grignotages  
Diminution de l'apport de graisse et de sucres : apprendre à doser  
Connaître les recommandations  
Apprendre à se modérer dans les repas conviviaux

### 3. Suivre son poids

#### 5 ateliers et 1 réunion interprofessionnelle

- La durée d'un atelier : 2h à 3h30
- Le lieu des ateliers: en médecine ambulatoire et sur le plateau technique de rééducation  
Sur les CMR de l'île
- Le groupe de patients : 6/8 patients

Le 1<sup>er</sup> atelier :

- 1<sup>ère</sup> partie : « Maladie du surpoids » et ses conséquences
- 2<sup>ème</sup> partie : atelier diététique « équilibre alimentaire »

Le 2<sup>ème</sup> atelier:

Atelier « Dépenses physiques »: Définition de l'activité physique et ses effets + séance pratique

Le 3<sup>ème</sup> atelier :

Diététique : Volumes et fréquences

Le 4<sup>ème</sup> atelier :

Dépense physique (séance en extérieur : pointe Mahabou)

Le 5<sup>ème</sup> atelier :

Cuisine : repas convivial et synthèse individuelle

#### Possibilité de suivre des séances d'action ciblée: (Séance individuelle ou collective)

- Nutrition et Ramadan
- Atelier HTA (Maladie, traitements, observance, diététique)
- Suivi Psychologique

Réunion Interprofessionnelle : / au cours du programme

Proposition de 6 suivis/an la 1ère année

SANTÉ  
PLAISIR -  
EQUILIBRE

**But du programme** : prévenir ou améliorer les problèmes de santé liés à l'obésité, en maintenant ou en diminuant son poids, tout en gardant un plaisir de vivre (manger et bouger).

Pour cela, le patient a besoin :

- De savoir (explication de la maladie et de ses conséquences, la diététique...)
- De savoir-faire (activité physique, alimentation)
- De savoir être (mise en place du savoir et du savoir-faire au quotidien : cuisine, activité physique)
- De savoir devenir (prendre des décisions lors de situations à risques ou exceptionnelles)

Pour cela le soignant a besoin de connaître la personne impliquée sur plusieurs plans :

- Plan biomédical (histoire du poids, ATCD médicaux, son suivi...)
- Plan socio-professionnel
- Plan psychologique (comment vit-il son obésité = stade de la maladie)
- Plan cognitif (que sait-il ou ne sait pas?)
- Plan identitaire (quels sont ses projets de soin et de vie)

V2: 17/06/22

# LES DIFFERENTS ATELIERS

## 7 ateliers sur 5 112 journées consécutives / 1 réunion interprofessionnelle

- La durée d'un atelier : 2h à 3h30
- Le lieu des ateliers: hôpitaux périphériques et CHM
- Le groupe de patients : 8 à 10 patients

### J1 : Connaissance de la maladie

- Atelier 1 : connaissance du diabète, traitements, Diabète et jeûne
- Atelier 2 : Autocontrôle

### J2: Dietétique

- Atelier 3 : Equilibre alimentaire et spécificités diététiques du diabète
- Atelier 4: L'hypoglycémie

### J3 : Activité physique

- Atelier 5: Définition de l'Activité physique et ses effets avec séance en extérieur

### J4: Les complications

- Atelier 6 : connaissance des complications et du suivi particulier  
Soin des pieds

### J5 : Synthèse individuelle

- Atelier 7: Pose d'objectifs de changement de comportements réalisables et durables

## Possibilité de suivre des séances d'action ciblées: (séance individuelle)

- Insulinothérapie
- Diététique individuelle
- Suivi psychologique

## Possibilité de participer à une séance collective pour l'HTA (Connaissance de la maladie, traitements, observance, diététique)

**Réunion Interprofessionnelle :** / au cours du programme

**Proposition de suivis: 2/Jan**

## Education Thérapeutique du patient diabétique

**But du programme :** d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie qu'est le diabète

**Pour cela, le patient a besoin :**

- De savoir (explication de la maladie et de ses conséquences, la diététique...)
- De savoir-faire (activité physique, Alimentation, autocontrôle glycémique...)
- De savoir être (mise en place du savoir et du savoir-faire au quotidien : cuisine, activité physique, interprétation des résultats...)
- De savoir devenir (prendre des décisions lors de situations à risques ou exceptionnelles)

**Pour cela, le soignant a besoin de connaître la personne impliquée sur plusieurs plans :**

- Plan biomédical (histoire de la maladie, du poids, ATCD médicaux, son suivi...)
- Plan socio-professionnel
- Plan psychologique (comment vit-il son diabète= stade de la maladie)
- Plan cognitif (que sait-il ou ne sait pas?)
- Plan identitaire (quels sont ses projets de soin et de vie)

V2: 17/06/22



1. Le médecin du patient transmet à l'unité d'éducation thérapeutique la demande d'intervention
2. Le médecin responsable du programme d'éducation thérapeutique oriente le patient
3. Le patient est intégré au programme d'éducation
4. Il s'engage à le suivre jusqu'à son terme
5. A la fin du programme un suivi sur une année est organisé par les professionnels de santé

#### CONTACT

##### **Service EMET**

[emet@chmayotte.fr](mailto:emet@chmayotte.fr)

Tel : 02 69 61 80 00

Poste 5034 5033

0639 222172

## PRISE EN CHARGE DU DIABETE AU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE



### L'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique