

# Guide HAS sur le parcours de soins du DT2:

Quel impact pour les hospitaliers?

N Jeandidier (UdS, HUS, Diatech)

Strasbourg

# Impact sur les endocrino-diabétologues/ hôpital

---

- Initiative intéressante : prioriser la prise en charge, 'organiser
- A l'intention des soignants, équipes de santé primaire

L'objectif de ce guide est :

- d'expliciter le parcours de santé d'une personne ayant un diabète de type 2 en médecine de ville et notamment en médecine générale ;
- de rendre compte de la pluriprofessionnalité de la prise en charge ainsi que des principes et modalités de coordination et de coopération entre les professionnels impliqués.

- Médecine de ville
- Coordination et coopération

# Guide HAS: Parcours de soin du DT2

---

- Les limites de la première proposition
  - Très peu de place pour les endocrino-diabétologues
    - Au stade de la complication
    - Pas de mention dans l'ETP
    - Nutrition=Diététiciennes
  - Pas de définition du DT2
    - Diagnostic différentiel?
    - Diabète gestationnel intégré dans le DT2
  - Protocoles de coopération réservés aux professionnels de premier recours
  - Un monde loin de la réalité
    - Médecins généralistes et entretiens motivationnels....
    - Cs diététiques à la demande...
    - Formation des professionnels de santé?
    - Financement?
    - Le tout en ambulatoire

# La procédure de l'HAS : le dogme des experts

## Participants au groupe de travail

Dr	Catherine	ALAMDWITCH	endocrino-diabétologue	93190 LIVRY-GARÇAN
Dr	Olivier	BELEY	médecin généraliste	01500 AMBRIEUX-EN-BUGEY
Dr	Cédric	BERBE	médecin généraliste	88360 RUPT-SUR-MOSELLE
Mme	Nathalie	BIARNEIX	infirmière	33310 LORMONT
Dr	Jean Jacques	DOMERÉGO	cardiologue	06000 NICE
Dr	Béatrice	DULY BOUHANICK	endocrino-diabétologue	31059 TOULOUSE
Dr	Vincent	GUILLOT	cardiologue	62300 LENS
Dr	Ghislaine	HENRY	médecin généraliste	91310 LEUVILLE SUR ORGE
Mme	Catherine	JOURNOT	pédicure-podologue	31520 RAMONVILLE
Mme	Brigitte	LECOINTRE	infirmière	06100 NICE
Mme	Nathalie	MASSEBOEUF	cadre de santé, diététicienne	94000 CRÉTEIL
Dr	Patricia	MERCIER	médecin généraliste	21200 BEAUNE
Mme	Pascale	NAEGELE	pharmacienne	44230 SAINT-SÉBASTIEN-SUR-LOIRE
Mme	Sylvie	PARCORET	infirmière SSIAD, soins et santé	69141 RILLIEUX-LA-PAPE
M.	Gérard	RAYMOND	AFD	75011 PARIS
M.	Claude	SOKOLOWSKY	AFD	77380 COMBS-LA-VILLE
Dr	Vincent	VAN BOCKSTAEL	Méd. santé publique	59777 LILLE

## 17 participants:

- 2 endocrino diabéto
- 4 MG
- 2 cardiologues
- 1 santé publique
  
- 1 pharmacienne
  
- 1 diététicienne
- 1 pédicure podologue
- 3 infirmiers
  
- 2 patients

Check-list	Recherche réalisée par le MG ou le professionnel d'une équipe traitante	Recours complémentaire, avis spécialisé
<b>Facteurs de risque</b>		
Âge	X	
Antécédents familiaux CV	X	
Tabagisme	X	
Consommation d'alcool	X	
Alimentation	Habitudes alimentaires	Dietéticien : bilan alimentaire
Activité physique ou sportive	Appréciation du niveau d'activité physique	Cardiologue : éventuel bilan à l'effort pour évaluer l'aptitude à l'activité sportive, en fonction des risques estimés (AC SM 2010 (17))
Surpoids/obésité	IMC	
Pression artérielle (PA)	Mesure de la pression artérielle au cabinet Mesure 'hors cabinet' : automesure à domicile ou MAPA	
Dyslipidémie	EAL	
Glycémie	HbA1c initiale	
Parodontopathie		Chirurgien-dentiste : examen bucco-dentaire
<b>Complications</b>		
Œil		Ophthalmologue : acuité visuelle et fond d'oeil avec mydriase
Pied	Gradation du risque podologique	
Rein	Albuminurie sur simple échantillon Créatininémie et estimation du DFG	Néphrologue : doute sur l'origine diabétique de la néphropathie
Nerfs	Interrogatoire et examen clinique	Neurologue : doute sur le diagnostic d'une neuropathie, examens complémentaires
Coeur et vaisseaux	ECG de repos (fait par le MG ou le cardiologue)	Cardiologue : bilan cardiologique pour le diagnostic de complications bilan à l'effort pour évaluer l'aptitude à l'activité physique ou sportive (17).
	Symptômes évocateurs, souffle vasculaire, pouls, IPS (index de pression systolique) Échographies des membres inférieurs, aorte abdominale, carotides : suivant présentation clinique	
<b>Vulnérabilité</b>		
Psychologique	X	Psychologue/psychiatre
Sociale	X	Professionnel équipe sociale
Professionnelle	X	Médecin du travail : aptitude au poste, adaptation du poste, reclassement professionnel
	Personne de 75 ans et plus repérée fragilité (HAS 2013 (18))	Si repérage positif, évaluation gériatrique par professionnels de santé formés et équipe médico-sociale

## Professionnel d'une équipe traitante?

Dietéticien

Cardiologue

Dentiste

Ophthalmologue

Podologue

Néphrologue

Neurologue

Cardiologue

Psychiatre ou psychologue

Médecin du travail

Gériatre

# Guide HAS: Parcours de soin du DT2

- Des bons points
- Les étapes clés
  - Place du « pré diabète et du dépistage »
  - Définition du DT2
    - Diagnostic différentiel
  - Prise en charge diététique
  - Activité physique
  - Mise en place de l'insuline
  - Complication
  - Diabète gestationnel
- La philosophie
  - La place primordiale de l'ambulatoire, le suivi personnalisé et concerté du patient
    - Faisabilité?

# Groupe de lecture

Dr	Brice	AIME	médecin généraliste
M.	Michel	ALLARD	pédicure-podologue
Dr	Jean- Jacques	ALTMAN	endocrino-diabétologue
Mme	Carole	AVRIL	Association française des diabétiques
M.	Gérard	BAILLEUX	pédicure-podologue
Mme	Marie-Antoinette	BANOS	infirmière
Dr	Zina	BARROU	gériatre
Mme	Magalie	BAUDRANT	pharmacienne
Mme	Jocelyne	BERTOGLIO	diététicienne
Mme	Martine	BILLARD	diététicienne
Dr	Pascal	BORSOI	médecin généraliste
Dr	Serge	BOUHANA	médecin généraliste
Dr	Patrick	BOUILLOT	endocrino-diabétologue
Dr	Jean-michel	BONEL	médecin généraliste
Dr	Didier	CABANNES	médecin généraliste
M.	Serge	CASIMONT	pédicure-podologue
Dr	Gérard	CHABRIER	endocrino-diabétologue
Dr	Clément	CHARRA	médecin généraliste
Mme	Sandra	CHARRIERE	diététicienne
M.	Pascal	CHAUVET	infirmier
Dr	Romain	COENT	médecin généraliste
Dr	Joël	COGNEAU	médecin généraliste
Mme	Jacqueline	DELAUNAY	diététicienne
Dr	Brigitte	DELEMER	endocrino-diabétologue
Dr	Hugo	DELOBAC	médecin généraliste
M.	Laurent	DESROCHES	pharmacien
Dr	Éric	DRAHI	médecin généraliste
M.	Richard	FABRE	pharmacien
Dr	Pierre	FONTAINE	endocrino-diabétologue
Mme	Isabelle	FONTENEAU-DAGORN	pédicure-podologue
Dr	Fabien	FOURCADE	médecin généraliste
M.	Martial	FRAYSSE	pharmacien
M.	Mirasse	GATAA	pharmacien
Dr	Michel	GERSON	endocrino-diabétologue
Mme	Marceline	GRILLON	pharmacienne
M.	Frédéric	GUIOT	pédicure-podologue
Dr	Patrick	HENRY	cardiologue
Dr	Daniel	HERPIN	cardiologue
M.	Jacques	HUGUEN	pharmacien
Dr	Laure	JOLY	gériatre
Dr	Georges	KALTENBACH	gériatre
Dr	Véronique	KERLAN	endocrino-diabétologue

Mme	Catherine	LAFORTUNE	pharmacienne
M.	Michel	LASPOUGEAS	pharmacien
M.	Benoit-Guillaume	LAVAUX	pharmacien
Mme	Marianne	LE BRUCHEC	pharmacienne
Dr	Claude	LE FEUVRE	cardiologue
Dr	Delphine	LE GOFF	médecin généraliste
M.	Pierre-Albert	LEFEBVRE	représentant usagers
M.	Benoit	LEPAROUX	pédicure-podologue
Mme	Nelly	LEVERT	diététicienne
Dr	Vincent	LOUVEAU	médecin généraliste
Dr	Michel	MANETTI	médecin généraliste
Dr	Dany	MARCADET	cardiologue
Mme	Delphine	MARLIER	infirmière
Mme	Christine	MARTY	kinésithérapeute
Mme	Sandrine	MASSERON	pharmacienne
Mme	Christiane	MAUVEZIN	diététicienne
Mme	Michèle	MEGNE-WABO	pharmacienne
Mme	Pierrette	MEURY	infirmière
Dr	Reginaid	MIRA	endocrino-diabétologue
Dr	Pascal	MONSUIILLON	endocrino-diabétologue
Dr	Jean-Jacques	MONSUEZ	cardiologue
M.	Pierre	NIEMCZYNSKI	pédicure-podologue
Dr	François	PAQUET	médecin généraliste
Mme	Laura	PHIRMIS	représentant usagers
Dr	Jean-Pierre	RIVELINE	endocrino-diabétologue
Mme	Elisabeth	ROCHON	infirmière
Mme	Dorothee	ROMAND	diététicienne
Dr	Marcel	RUETSCH	médecin généraliste
Mme	Valérie	SAUTOU	pharmacienne
Mme	Murielle	SCHLAWCK-RIGAUD	pédicure-podologue
Dr	Pierre	SERUSCLAT	endocrino-diabétologue
Dr	Ludovic	THIEFFRY	médecin généraliste
Mr	Jean-Claude	THILL	Association française des diabétiques
Dr	Gilles	THÖNI	physiologie de l'activité physique
Mme	Annie	VANNIER	diététicienne
Mme	Elisabeth	VERDIER	diététicienne
Dr	Laurent	VERNIEST	médecin généraliste

# Réactions

- SFD et CNPEDMM
- Proposition d'une réunion: Dr Varroud -Vial

Consultation des parties prenantes : liste de participants

FFD	Gérard RAYMOND
CNPEDMM	Gérard CHABRIER, Nathalie JEANDIDIER, Patrick BOUILLOT
FFMPS	Laurent VERNIEST
SFD	Pierre FONTAINE, Agnès SOLA-GAZAGNES

- Conclusions:
  - Prise en charge « idéale » mais compétences mentionnées ou recommandées souvent absentes : donc à construire!!! ➡ Conditions à réunir
  - Nécessité d'une cartographie de l'offre de soin et de la prise en compte de l'offre régionale
  - Rôle des endocrino – diabétologues: ajout d'un encadré
    - Soins, ETP, formation des autres professionnels
    - Travail commun avec le médecin traitant
    - Situation de recours: ➡ encadré

Consultation du groupe de travail sur ces modifications



# Le guide nouveau Des vœux pieux?

## Le chapeau:

Le guide aborde le rôle des professionnels, en soins de premier recours comme en soins de second recours, du point de vue des fonctions nécessaires à la qualité et à la sécurité du parcours des patients. Il appartient aux acteurs locaux (ARS et professionnels) de s'organiser pour assurer ces fonctions, en mobilisant au mieux les ressources et compétences existantes et en identifiant les points sur lesquels des actions d'amélioration sont nécessaires. L'objectif est de rendre opérationnelles les préconisations du guide. Cela est abordé – de façon non exhaustive – dans les paragraphes du guide « Conditions à réunir ».

## Conditions à réunir :

### Activité physique

### Diététique

### Ateliers associatifs d'activité physique adaptée

### Accès au diététicien

### Insulinothérapie

### Complications

### Formation des infirmières pour l'autonomisation des patients

### ETP en ambulatoire autour du médecin traitant

- Promouvoir le développement des ateliers associatifs d'activité physique adaptée ([instruction n°DS/DSF2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/424 du 24 décembre 2012](#) (20) aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales jeunesse, sport et cohésion sociale, qui, avec les associations sportives et ateliers santé-vieille pour faciliter l'accès à l'activité physique et sportive (*avis du groupe de travail*)).
- Promouvoir la formation des professionnels sur les modalités de prescriptions non médicamenteuses ([HAS 2011 \(21\)](#)).

- S'assurer de la possibilité de l'accès au diététicien pour les patients qui en ont besoin (*avis du groupe de travail*).
- Organiser des programmes d'ETP associant activité physique et diététique (*avis du groupe de travail*).
- Promouvoir la formation des professionnels sur les modalités de prescriptions non médicamenteuses, ([HAS 2011 \(21\)](#)).
- Mobiliser les ressources des ateliers santé-vieille pour renforcer et soutenir la motivation des patients (*avis du groupe de travail*).
- Inciter à l'harmonisation des messages délivrés aux patients grâce à l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels (*avis du groupe de travail*).

- Assurer la mise en œuvre d'un protocole personnalisé, les rendez-vous et la formation et l'autonomisation, en s'appuyant sur les endocrino-diabétologues (*avis du groupe de travail*).

- Favoriser la coopération ASALEE et ESPRE.
- Développer les actions de ETP en ambulatoire autour du médecin traitant (2).

# La place des endocrino-diabétologues

## 4. Motifs (non exhaustifs) de recours à l'expertise des endocrino-diabétologues

### 1. au diagnostic

- lorsque la glycémie est supérieure ou égale à 3 g/l ou l'HbA1c supérieure à 10 % et qu'un schéma insulinique intensifié doit être mis en place ►►
- en cas de suspicion d'une forme atypique de diabète ►

### 2. en cas de difficulté pour fixer l'objectif glycémique ou pour l'atteindre ►►

### 3. pour bilan alimentaire approfondi et plan de soins diététiques chez des patients en surpoids et avec glycémie élevée, sans anomalies évidentes de l'alimentation repérées ►

### 4. en cas de difficultés ou d'échec pour suivre le plan diététique après 6 à 12 mois ►►

### 5. en cas de découverte d'une complication au cours de la surveillance : aide au suivi diététique et à l'ETP, avis sur l'adaptation du traitement en cas d'objectif non atteint ►►

### 6. après une complication aiguë, et particulièrement après un syndrome coronarien aigu : avis sur l'adaptation du traitement et préconisations sur le parcours de santé ►►

### 7. en cas de réadaptation cardiaque lorsque la glycémie n'est pas contrôlée ►►

### 8. en cas d'obésité morbide et pour l'indication de chirurgie bariatrique dans le cadre de la réunion de concertation pluridisciplinaire ►►

### 9. en cas d'insulinothérapie envisagée

- pour la motivation du patient avant instauration de l'insuline (aide à la motivation) ►
- pour le choix d'un mode d'insulinothérapie ►
- pour la gestion de l'insuline par pompe à insuline ►►

### 10. en cas d'insulinothérapie transitoire : maladie intercurrente, corticothérapie, chimiothérapie, alimentation entérale et parentérale ►

### 11. avant l'intensification du traitement hypoglycémiant en cas de rétinopathie proliférante ou préproliférante ►

### 12. si projet de grossesse ou suivi de grossesse chez la personne diabétique ►

### 13. en cas de diabète gestationnel : avis à envisager dès le diagnostic ► et à réaliser lorsque l'insulinothérapie est envisagée ►►

### 14. pour la prise en charge des patients précaires dans le cadre d'un travail en équipe ►

### 15. pour la coordination des prises en charge, au sein des centres spécialisés dans la prise en charge de lésions du pied ►

## Étape 3 : penser au diagnostic différentiel

- Identifier les signes d'alerte (*avis du groupe de travail*) :
  - un âge < 40 ans (dans le cas de diabète de type Mody avant 30 ans),
  - une absence de surpoids (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>) ;
  - une altération de l'état général ;
  - l'absence d'antécédent familial de diabète connu ;
  - une forte hyperglycémie inaugurale avec symptômes ;
  - des antécédents familiaux d'hémochromatose.
- En présence de ces signes, demander un avis spécialisé auprès d'un endocrino-diabétologue (*avis du groupe de travail*).

Définition diététicien?  
Objectifs?  
Accès au soin?

## Étape 3 : suivre l'application du plan diététique

- Profiter de chaque contact pour renforcer la motivation du patient (*avis du groupe de travail*).
- Vérifier régulièrement l'obtention d'une modification durable des habitudes alimentaires, renforcer les conseils diététiques, s'enquérir des difficultés, répondre aux questions du patient, [HAS 2011](#) (19).
- En cas d'échec au bout de 6 mois à 1 an, envisager le recours à un endocrino-diabétologue, et, selon besoin, à un diététicien. Selon les cas, des alternatives peuvent être proposées comme la participation à un programme d'éducation thérapeutique, une prise en charge psychologique ou sociale, [HAS 2011](#) (19).

## Étape 2 : annoncer la complication

- Informer le patient des risques encourus et des moyens de les éviter (*avis du groupe de travail*).
- Refaire le point avec le patient : l'inviter à s'exprimer, évaluer les besoins de renforcement en ETP et d'aide pour l'application des MHD (*avis du groupe de travail*) :
  - suivi diététique par une diététicienne ou un endocrino-diabétologue ;
  - coaching pour l'activité physique ;
  - accompagnement par patients (contact association de patients) ;
  - consultation auprès d'un tabacologue ;

- Choisir un schéma d'insulinothérapie ; pour ce choix le recours à l'endocrino-diabétologue peut également être utile, particulièrement lorsqu'un schéma à plusieurs injections est envisagé. Ce choix dépend de plusieurs paramètres, tels que (*avis du groupe de travail*) :
  - les objectifs glycémiques (glycémie et HbA1c) et la capacité du patient à les atteindre ;
  - les profils glycémiques : y a-t-il une hyperglycémie à jeun ? Est-elle isolée ou associée à une ou plusieurs hyperglycémies post-prandiales ?
  - la présence de complications, en particulier rétinienne et cardio-vasculaires ;
  - le mode de vie du patient : le type d'alimentation (horaires des repas et teneur glucidique) et l'activité physique (est-elle régulière ou fluctuante?) ;
  - le choix du patient : le patient accepte-t-il le traitement par insuline ? Si oui, quel nombre d'injections est-il prêt à réaliser ?

#### Étape 4 : suivi jusqu'à 3 mois : évaluer les premiers résultats glycémiques

- Vérifier les modalités d'application du protocole d'adaptation des doses, l'atteinte des objectifs glycémiques selon les glycémies capillaires et l'évolution de l'HbA1c (*avis du groupe de travail*).
- Vérifier l'autonomie du patient par rapport à son traitement (*avis du groupe de travail*).
- Renforcer son éducation sur les points qui le nécessitent (*avis du groupe de travail*).
- Vérifier l'absence de prise de poids excessive. Dans ce cas, conseiller le patient et/ou l'adresser à un endocrino-diabétologue ou un diététicien (*avis du groupe de travail*).

#### ► Conditions à réunir

- Assurer la coordination entre professionnels de santé de l'équipe soignante, par un protocole pluriprofessionnel de passage à l'insuline précisant les interventions de chacun, les modes de coordination entre les professionnels impliqués, les intervalles entre les rendez-vous de surveillance (*avis du groupe de travail*).
- Assurer la formation des infirmières intervenant auprès des patients pour éducation et autonomisation, en s'appuyant sur les endocrino-diabétologues (*avis du groupe de travail*).

# Le rôle de l'hôpital

- Les rôles spécifiques

- Dépistage des personnes précaires, âgées, à risque lors de toute hospitalisation
- Vérifier et /ou organiser la prise en charge de toute personne admise au urgence
- Equipe mobile spécialisée: une activité actée!

■ Lorsqu'un diabétique est hospitalisé hors service de diabétologie, penser à faire appel à l'unité transversale de diabétologie et d'éducation thérapeutique du patient s'il en existe dans l'établissement.

- A ne pas faire :

- Envoyer les diabètes gestationnels à l'hôpital
- Hospitalisation systématique pour la mise sous insuline
- Bilans en hôpital de jour: quid d'une prise en charge globale

► **Limites de l'organisation actuelle de l'ETP pour les diabétiques de type 2**

Le déficit majeur d'accès à l'ETP en soins de ville pour les diabétiques de type 2, particulièrement pour les patients qui en ont le plus besoin, a été souligné dans le rapport de [LIGAS 2012](#) (2). Il l'explique par un cadre d'organisation en programmes qui rend malaisé le ciblage sur les besoins spécifiques des patients et ne favorise ni leur participation ni la rémunération des professionnels de santé. L'IGAS préconise d'orienter les programmes d'ETP vers des populations présentant des risques médicaux, culturels ou sociaux et le développement d'actions d'ETP ciblées, intégrées aux cabinets des médecins et dispensées par des infirmiers.

Cela incite à autoriser et financer, en complément des programmes d'éducation opérationnels au niveau hospitalier, une offre d'éducation thérapeutique ciblée réalisée par des équipes s'engageant à respecter des critères d'organisation pluriprofessionnelle et de pédagogie, [HAS 2007](#) (42).

- Priorité

- IGA
- L'a
- L'a

# Le rôle de l'hôpital

---

- Hôpital: seule structure à répondre au cahier des charges
  - Prise en charge multidisciplinaire (spécialistes)
  - ETP structurée
    - ETP files actives (280€ /patients) reconnaissance des programmes opérationnels à l'hôpital
    -
  - infirmières d'éducation
    - Délégation de tâches (protocoles en cours de réflexion)
  - « Diététiciennes remboursées »
  - Coach « activité physique »/kiné
  - Activité non valorisée

Adaptation de l'hôpital: seule structure adaptée à la demande pour le moment

- Valorisation des actes « ambulatoires » ?
  - Charge médicale et paramédicale
  - Valorisation de temps d'hospitalisation (hop de jour courts, séances?)
- Organisation des soins ville – hôpital
  - Notre rôle: trouver les moyens, discuter avec les ARS

# Le rôle de l'hôpital

---

- Hôpital: seule structure à répondre au cahier des charges
  - Prise en charge multidisciplinaire (spécialistes)
  - ETP structurée
    - ETP files actives (280€ /patients) reconnaissance des programmes opérationnels à l'hôpital
    -
  - infirmières d'éducation
    - Délégation de tâches (protocoles en cours de réflexion)
  - « Diététiciennes remboursées»
  - Coach « activité physique »/kiné
  - Activité non valorisée

Adaptation de l'hôpital: seule structure adaptée à la demande pour le moment

- Valorisation des actes « ambulatoires »?
  - Charge médicale et paramédicale
  - Valorisation de temps d'hospitalisation (hop de jour courts, séances?)
- Organisation des soins ville – hôpital
  - Notre rôle: trouver les moyens, discuter avec les ARS

# Les points positifs

---

- Dialogue avec l'HAS sur ce projet
  - Réunion parties prenantes
  - Reconnaissances des interlocuteurs
    - Sociétés savantes, **CNP**
    - Modifications
  - Modifications concrètes
    - Quelques bugs
- Projets avec les ARS
  - Reconnaissance des endocrino-diabétologues comme référents et formateurs
  - Coopération « ville- hôpital »



# Feuille de route PRED 2

## (Parcours Régions Endocrino Diabète de type 2)

- Objectif PRED2

- Faire accompagner par la profession organisée, la mise en place du parcours de soin élaboré par la HAS au niveau des régions.
- Evaluer, à l'échelle des territoires et selon la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité), les dysfonctionnements au regard des épisodes-clés identifiés dans le parcours HAS
- Proposer des actions d'amélioration concertée, à porter par la profession auprès des ARS.

# Un promoteur : le SEDMEN (Patrick Bouillot, Brigitte Delemer, Nathalie Gervaise)

---

- COPIL
  - Des partenaires
    - o SFD (Pierre Fontaine)
    - o CODEHG (Didier Gouet)
    - o FENAREDIAM (Pierre Sérusclat, Rémy Leroy)
    - o CNPEDMM (Gérard Chabrier, Nathalie Jeandidier)
    - o AFD (Pierre-Albert Lefebvre)
  - Un secrétariat opérationnel : Affinités Santé
  - Avec le soutien institutionnel de Sanofi diabète
- Référents régionaux
  - 2 référents(libéral, hospitalier) par région, désignés par le COPIL

# Etapes de communication

---

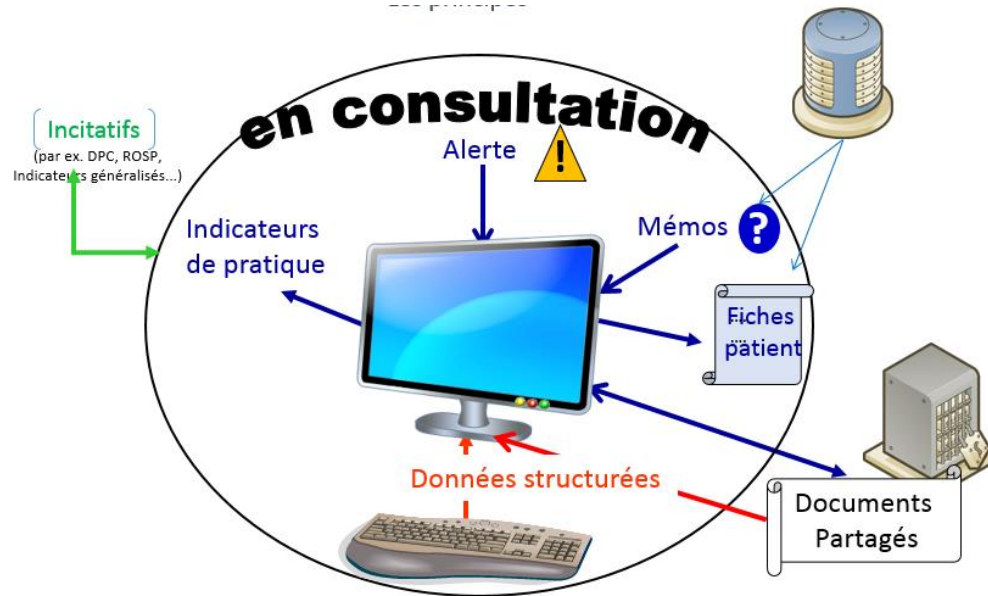
- En région, vers l'ARS
  - 01 2015 – Présentation du programme PRED2, du résultat de la 1ère étape et du programme de travail. Discussion avec l'ARS du choix du territoire.
  - 03 2015 – Présentation-discussion des propositions issues de la démarche PRED2.
- Au niveau national
  - Mars 2015 : SFD - Présentation du programme PRED2, des résultats de la 1ère étape et du programme de travail.
  - Sept-oct 2015 : Séminaire National – partage des expériences régionales avec des acteurs nationaux.

# DataSets de bonnes pratiques

---

- Structurer/standardiser un minimum de données dans les logiciels métiers
  - en capacité d'utiliser les données recueillies au cours des soins
  - soutenir la pratique des professionnels :
    - accéder aux éléments de bonne pratique en cours de consultation (mémos, alertes)
    - coordonner les soins entre les différents acteurs (échange et partage de données)
    - avoir un feed back sur les prises en charge (indicateurs)
- La composition des DataSets de bonne pratique
  - définition des **données cliniques** à structurer dans le logiciel, des **mémos** et des **alertes** ainsi que des **indicateurs de pratique clinique**
  - spécifications techniques relatives à ces objets pour permettre leur **intégration dans les logiciels métiers**

# Principe de fonctionnement



# Exemples

- Champs de saisie de ces éléments dans les logiciels métiers

Biologie

HbA1c

Rapport A/C

Créatinémie

DFG

LDL-C

HDL-C

Glycémie à jeun

NB : Les résultats de ces paramètres devraient pouvoir s'incrémenter automatiquement à partir de la réception des résultats de biologie adressés par les laboratoires d'analyses médicales.

Examen clinique

Poids / IMC

PA

Pied

NB : si des champs dédiés pour le poids et la PA sont habituels dans les logiciels, ce n'est pas le cas pour l'examen du pied

Accès rapide aux Mémos: examen des pieds

Alertes si examens non pratiqués à temps

# Exemples

---

- **Ordonnance type de prescription d'activité physique chez le diabétique de type 2**

Cette ordonnance type pourrait être disponible dans les logiciels métiers (source : Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte. HAS mars 2014. p. 19).

- **Prescription d'activité physique**
- Mettre en place l'activité de manière progressive, jusqu'à au moins :
- - 150 minutes (2 h 30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée (50 à 70 % de la fréquence cardiaque maximale soit de 220 – l'âge)
- ET
- - 2 ou 3 séances hebdomadaires d'activité contre résistance (renforcement musculaire)

# Thèmes des mémos

1. Thèmes des Mémos et alertes		Titre des mémos
Œil		<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Fréquence dépistage rétinopathie diabétique</a></li></ul>
Rein		<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Correspondance entre rapport A/C et albuminurie/24h</a></li><li>• <a href="#">Dépistage maladie rénale chronique : fréquence et examens</a></li><li>• <a href="#">Albuminurie positive : fréquence de suivi et prise en charge</a> (2 mémos : &lt;75 et ≥ 75 ans)</li><li>• <a href="#">Insuffisance rénale chronique modérée chez diabétique : suivi biologique et particularités thérapeutiques</a></li><li>• <a href="#">IRC sévère ou terminale chez diabétique : suivi biologique et particularités thérapeutiques</a></li><li>• <a href="#">Maladie rénale chronique chez un diabétique : quand recourir à un avis spécialisé</a></li></ul>
Pied		<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Test au monofilament : modalités d'utilisation</a></li><li>• <a href="#">Pied : examens et fréquence de suivi en fonction du risque podologique</a></li><li>• <a href="#">Plaie du pied sur grade 2 et/ou 3 : prise en charge immédiate</a></li></ul>
RCV		<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Prévention cardiovasculaire primaire chez diabétique avec RCV élevé</a></li><li>• <a href="#">Prévention cardiovasculaire secondaire chez diabétique</a></li></ul>



# D'autres projets

---

- Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri-professionnels ? ».
- Délégation de tâches:
  - éducation à l'insulinothérapie
  - adaptation des doses par les infirmières
- Education thérapeutique et parcours de soin de la personne obèse: synthèse et proposition (O Ziegler)

# Conclusion

---

- Guide parcours de santé DT2 basé sur l'ambulatoire sans possibilité pratiques de la mettre en œuvre
- Place de l'endocrino-diabéto à défendre dans la rédaction des projets, dans la prise en charge des patients (dogmes?)
- Place de l'hôpital: adaptation de la structure
- Dialogue à poursuivre
- Nécessité d'un interlocuteur face à l'HAS