

Starendoc : un programme d'innovation organisationnelle destiné aux endocrinodiabétologues libéraux

Emmanuelle Lecornet-Sokol^{1,5,6}, Agathe Thevenot^{2,5}, Chantal Simonet^{3,5}, Patrick Bouillot^{4,5},
au nom de la Fédération nationale des associations régionales d'endocrinologie, diabétologie,
et métabolisme (FENAREDIAM)⁵

Disponible sur internet le :
6 décembre 2022

1. IPE - 5 Villa Boissière, 75016 Paris, France
2. 2 bis Rue Pierre Curie, 33150 Cenon, France
3. 69170 Tarara, France
4. Maison des spécialistes, Nevers, France
5. Fédération nationale des associations régionales d'endocrinologie, diabétologie, et métabolisme (FENAREDIAM), Paris, France

Correspondance :

Emmanuelle Lecornet-Sokol, 5, villa Boissière, 75016 Paris, France.
emmanuellesokol@gmail.com

Mots clés

Innovation
organisationnelle
Amélioration de la qualité
des soins
Télémédecine
Diabète
Communautés
professionnelles
territoriales de santé
(CPTS)
France

Keywords

Organizational innovation
Quality improvement of
health care
Telemedicine
Diabetes

Résumé

La médecine vit actuellement un tournant lié au manque de soignants, à l'augmentation du nombre de patients, et aux changements des pratiques professionnelles. Afin d'accompagner les endocrinodiabétologues libéraux, la Fédération nationale des associations régionales d'endocrinologie, diabétologie et métabolismes (FENAREDIAM) a réalisé une grande enquête auxquels presque 300 médecins ont répondu. Les résultats ont permis d'élaborer un programme d'innovation organisationnelle, Starendoc, autour de préconisations organisationnelles (programmation des consultations, usage de la télésurveillance, participation aux Communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]), et de l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels concernant les patients avec un diabète de type 2.

Summary

Starendoc: An innovative organizational program for private endocrinologists

Medicine is currently experiencing a turning point due to a lack of caregivers, an increase in the number of patients, and changes in professional practices. In order to support endocrinologists in clinical practice, the French national federation of the endocrinology, diabetology and

⁶ <https://fenarediam.fr>.

Introduction

La Fédération nationale des associations régionales d'endocrinologie, diabétologie et métabolismes (FENAREDIAM), est composée de 17 associations régionales couvrant l'ensemble du territoire français métropolitain et l'île de la Réunion. Ses effectifs sont, via les associations, de plus de 700 membres actifs. Les objectifs sont de promouvoir la spécialité auprès des instances, de faciliter l'accès des praticiens aux techniques nouvelles, de développer la formation continue, et de développer des actions d'informations médicales et scientifiques auprès de l'ensemble des soignants et des patients.

Notre spécialité est en pleine évolution et, comme tous, nous sommes confrontés à des difficultés au quotidien : que ce soit en termes d'organisation du cabinet et de notre emploi du temps, de la mise en place des nouvelles technologies, des relations avec nos patients, mais aussi avec les autres professionnels de santé. L'ensemble de ces problèmes retentit sur la prise en charge de nos patients, notamment les patients avec diabète (PAD), mais également sur notre qualité de vie.

Le bureau de la FENAREDIAM a élaboré le projet « Starendoc » dont l'objectif est de trouver des solutions concrètes pour améliorer la pratique professionnelle au sein des cabinets et le bien-être des endocrino-diabétologues libéraux. Il s'agit d'aider le médecin à analyser sa situation actuelle, identifier des leviers d'amélioration de la prise en charge des patients et s'engager dans une démarche d'amélioration continue. Cela passe par l'apport d'outils (préconisations, protocoles).

Enquête de pratique

La première étape a consisté en une grande enquête envoyée à tous les endocrino-diabétologues libéraux. Le questionnaire a abordé différents éléments de l'organisation de l'activité du médecin libéral afin de connaître son fonctionnement, mais

avait aussi pour objet de permettre au praticien un autodiagnostic de ses habitudes et points d'amélioration. Cette enquête a été faite par Internet : 47 items, 20 à 30 minutes pour la réaliser, avec majoritairement des questions à choix multiples, mais aussi certaines questions ouvertes et la possibilité de laisser des commentaires dans l'objectif d'enrichir les échanges. Sur 758 endocrino-diabétologues libéraux (selon les données de la Caisse autonome de retraite des médecins de France [CARMF] 2020), nous avons obtenu environ 300 réponses entre mars et avril 2021, ce qui témoigne de la bonne mobilisation de nos collègues. Sur les répondants : 36 % exercent en cabinet seul, 30 % en cabinet de groupe, 10 % en clinique, et 26 % ont une activité mixte ville-hôpital (général ou universitaire). Cinq thèmes principaux ont été abordés.

Optimiser mon planning

L'enquête a mis en évidence un délai moyen de rendez-vous de 76 jours soit 2,5 mois ; 33 % des endocrino-diabétologues en ville ont plus de 90 jours de délai. Pour deux tiers d'entre nous, ce délai d'attente apparaît trop long comparé au motif de demande.

En ce qui concerne la programmation des consultations en fonction des motifs de consultation, 67 % des répondants ont des créneaux spécifiques pour certains patients : femmes enceintes (34 % des médecins), urgence (72 % : par exemple, découverte de maladie de Basedow, hypoglycémie sévère), nouveau patient avec diabète (54 %). Il ressort de l'auto-questionnaire que le temps de consultation est le plus souvent standardisé, mais qu'il peut être individualisé avec notamment un temps de consultation plus important pour les premières consultations, PAD déséquilibrés, urgences, ou plus court, comme pour le suivi de femmes enceintes avec diabète gestationnel.

Trente-sept pour cent des endocrino-diabétologues ayant répondu déclarent avoir au moins 6 % de rendez-vous (RDV) non honorés, alors que 80 % d'entre eux envoient des rappels par SMS et/ou mail. Pour pallier ces défections et éventuellement récupérer les créneaux pour des urgences, certains proposent le rappel téléphonique 48 heures avant un 1^{er} RDV, le blocage de prise de RDV pour les patients indécis, l'activation sur les plateformes d'alertes pour que les créneaux libérés puissent être réattribués à un autre patient, ou encore la gestion d'une liste d'attente automatisée ou par une secrétaire.

Renforcer la communication avec mon patient et le rendre acteur de sa prise en charge

La crise sanitaire liée à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a favorisé un échappement du suivi de certains PAD. Certains endocrino-diabétologues ont pris contact pro-activement avec des patients, notamment dans 56 % des cas avec les femmes enceintes, dans 40 % des cas avec des patients ayant un diabète déséquilibré ou bien chez lesquels un nouveau traitement avait été instauré, dans 24 % des cas à la suite d'un diagnostic récent

Les points essentiels

- Les endocrino-diabétologues libéraux se mobilisent pour faire évoluer leur pratique en s'investissant dans l'innovation organisationnelle.
- La collaboration pluriprofessionnelle entre médecins et autres professionnels de santé, à condition d'être financée, peut permettre de dégager du temps médical et ainsi faciliter l'accès aux soins des patients.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un moyen pour les soignants de se coordonner autour de projets répondant aux besoins du territoire, en s'asseyant sur les structures existantes.
- L'élaboration de protocoles de coordination est un outil d'optimisation du parcours de soins et permet d'optimiser la prise en charge et l'accompagnement des patients.

ou dans 22 % des cas au décours d'une hospitalisation. Néanmoins, 83 % des praticiens déclarent que leur logiciel métier ne leur permet pas de repérer facilement ces patients-là. Il existe peu de logiciels métiers adaptés à notre spécialité, ce qui est regrettable. L'instauration d'une collaboration avec les éditeurs de logiciels pourrait permettre de créer des versions spécifiques. Enfin, l'aide apportée par un assistant médical pourrait également être particulièrement précieuse ; peu d'entre nous savent qu'ils sont éligibles à des aides financières pour l'emploi d'un assistant.

Dans notre société où la communication est devenue un enjeu crucial, les échanges en dehors des consultations entre médecins et patients sont complexes. Quinze pour cent des endocrino-diabétologues libéraux ont plus de dix échanges quotidiens avec leurs patients par téléphone, SMS, ou encore mail. Les trois motifs les plus fréquents sont une demande d'adaptation de traitement, une interprétation d'examen biologique ou l'envoi d'une ordonnance. Cela pose le problème de l'utilisation de canaux non sécurisés : les plateformes dédiées avec messageries sécurisées ou encore la téléconsultation pourraient permettre d'optimiser la qualité, la fluidité et la sécurité de ces échanges, ainsi que leur rémunération.

Comment rendre le patient plus acteur de sa prise en charge ? La relation entre médecins et patients a été profondément bouleversée et l'implication des personnes dans leur santé devient aujourd'hui la norme, en particulier dans la maladie chronique, sous l'impulsion des soignants, mais aussi des patients eux-mêmes. Notre rôle est de pouvoir donner des clés aux patients pour les aider à acquérir leur rôle d'acteur. Si 68 % des consultations sont réalisées avec tous les documents nécessaires à son bon déroulement, il ressort que dans près d'un tiers des cas ce n'est pas le cas. Pour mieux préparer le patient à sa consultation, il nous faut mettre en place des outils adaptés. Chez nos collègues, 68 % rappellent au patient de venir en consultation avec ses documents, et seuls 20 % l'impliquent en amont avec le pré-remplissage des données administratives, automesure, auto-questionnaire médical, etc.

Parmi les propositions faites pour impliquer les PAD dans leur prise en charge, 85 % des spécialistes pensent que cela passe par le soutien dans l'adoption des comportements bénéfiques pour sa santé (alimentation, activité physique, prise des traitements, suivi médical), 70 % fournissent des documents ou les adressent à des sessions d'éducation thérapeutique. Notons aussi que 52 % des médecins sont favorables à aider le patient à s'orienter dans le système de soins (coordonnées des correspondants, aide à la prise de RDV, rôle de chaque acteur de soins...).

Dégager du temps médical

De nombreuses tâches effectuées par un médecin aujourd'hui ne sont pas d'ordre médical ; ne plus avoir à les faire permettrait de consacrer plus de temps au soin.

Dégager du temps médical en déléguant des tâches au sein du cabinet

Les endocrino-diabétologues ayant répondu à l'enquête estimation, en moyenne, que 18 % du temps médical et 34 % du temps administratif pourraient être délégués. Lorsque l'on interroge les professionnels sur la proportion d'actes délégués, on se rend compte que le médecin a une pratique très autonome. Explication de l'ordonnance, prise des constantes, télésurveillance glycémique, éducation à l'autosurveillance glycémique et à l'insuline, sont réalisés dans plus de 80 % des cas par l'endocrinologue lui-même. Pour le suivi du régime alimentaire, 36 % des médecins délèguent cette tâche et, pour la prise de RDV, 78 %. Hormis pour le suivi diététique, seule une minorité d'endocrinologues envisage de déléguer à d'autres professionnels. Les médecins sont pourtant souvent secondés pour les tâches administratives : prise de RDV, rédaction des comptes-rendus, comptabilité. Certains sont enclins à développer la délégation, mais ont besoin d'outils pour créer une nouvelle organisation des soins.

Comment dégager du temps médical pour des activités à forte valeur pour les patients ?

Seuls 9 % des endocrino-diabétologues ont défini des protocoles de coopération (délégation de tâches) et 26 % d'entre eux travaillent avec des infirmiers d'éducation thérapeutique ou de pratique avancée (IPA). La moitié des répondants disent que les principaux freins à cette délégation sont le manque d'espace au cabinet (53 %) et l'aspect financier (54 %). Cela n'est pas surprenant quand l'on sait que toutes les enquêtes réalisées en médecine libérale en France montrent que les niveaux de revenus sont insuffisants pour permettre l'emploi d'assistants au sens large du terme.

Renforcer la collaboration avec mes correspondants

Une partie importante des endocrino-diabétologues rencontre des difficultés dans l'adressage des patients : délais de RDV non pertinents au regard du motif (74 %), réticence du patient (30 %) ; autres exemples, le coût (28 %), le manque de temps (16 %), l'éloignement géographique (30 %). Peu d'endocrinologues ont défini avec leurs correspondants les modalités d'une collaboration efficace centrée sur le patient. Seuls 34 % rendent visibles les plages disponibles de leur agenda pour permettre à leurs collègues d'y programmer leurs patients.

À l'époque de la réalisation de l'enquête, en mars 2021, 12 % seulement des endocrino-diabétologues participaient à un projet de parcours de soins dans le cadre d'une Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS sont des structures amenées à se développer permettant aux professionnels de santé sur un secteur géographique de s'organiser afin d'organiser et fluidifier le parcours de soins des patients. L'un des enjeux est d'éclairer les endocrino-diabétologues sur les intérêts à participer activement à la mise en place des CPTS (cf. ci-dessous).

Capitaliser sur la télémédecine

L'évolution de la prise en charge des patients par le biais de la télémédecine a subi une accélération récente : l'utilisation massive des smartphones, l'accès facile aux technologies, l'explosion de la communication à distance entre médecins et patients lors de la pandémie à la COVID-19.

En ce qui concerne la télé-expertise rémunérée, seuls 30 % des endocrino-diabétologues y ont recours, pour beaucoup dans le cadre de Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) programmées. Un travail de guidance doit être fait auprès des endocrino-diabétologues pour les aider à sélectionner une plateforme adaptée et mettre en œuvre cette télé-expertise. Son usage peut en être facilité dans le cadre de protocoles pluridisciplinaires de prises en charge de certains profils patients.

Les téléconsultations se sont multipliées de façon spectaculaire durant le confinement au printemps 2020, en particulier pour notre spécialité. Cela a permis d'en cerner les bénéfices et les limites. Les deux indications les plus fréquentes sont le suivi de résultats d'examens et la surveillance d'un traitement. Mais le renouvellement d'ordonnances ou une demande de compléments d'information pour le patient sont également des motifs fréquents. Comme évoqué plus haut, la téléconsultation représente une alternative sécurisée, formalisée et rémunérée des échanges qui avaient souvent lieu autrefois par téléphone, courrier ou mail.

Le recours à la télésurveillance concerne 53 % des endocrino-diabétologues dans notre enquête. Selon les répondants, les principaux bénéficiaires sont les patientes avec diabète gestationnel. Les endocrino-diabétologues considèrent qu'elle est complexe à mettre en place et privilégient le recours à un nombre limité de solutions techniques. Certains la considèrent comme chronophage, contrairement à d'autres utilisateurs plus intensifs. On observe aussi des réticences en lien avec de nouvelles responsabilités juridiques et des implications organisationnelles auxquelles ils ne se considèrent pas préparés. À la question « Combien de vos patients bénéficient de ces applications ou plateformes ? », on remarque que deux solutions sont majoritairement utilisées par les personnes ayant répondu à l'enquête : LibreView (Abbott) et myDiabby Healthcare. Néanmoins, ces chiffres sont à interpréter avec prudence, notamment parce qu'une majorité des patients avec diabète de type 1 (DT1) utilisent le système CGM Flash Freestyle Libre qui, lorsque le patient se scanne avec son smartphone, met en ligne ses résultats sur LibreView. Le médecin peut y examiner les résultats lorsqu'il voit le patient en face de lui, sans que cela n'implique de la télésurveillance au sens strict du terme (analyse des glycémies en dehors des consultations). Quant à la plateforme myDiabby Healthcare, 70 000 patientes/an y sont suivies pour un diabète gestationnel, ce qui représente le motif très majoritaire des personnes suivies via cette plateforme. Le nombre de patients avec un diabète ainsi suivis croît, avec plus de

26 000 avec un DT1 et environ 5000 avec un diabète de type 2 (DT2) en file active, ce qui demeure une minorité à ce jour. Cette situation souligne qu'il persiste des freins à un plus large suivi en télésurveillance des patients avec une maladie chronique.

Axes d'action

De cette enquête, nous avons établi cinq axes d'action :

- améliorer l'organisation de la consultation pour accélérer l'accès du patient aux soins ;
- renforcer la collaboration entre endocrino-diabétologues et médecins généralistes grâce à des protocoles de coopération pluridisciplinaire ;
- impliquer davantage le patient dans sa prise en charge ;
- exploiter le potentiel des nouvelles technologies pour mieux interagir avec les patients et les correspondants ;
- déléguer des tâches au sein du cabinet.

Nous avons mis en place le programme Starendoc autour de six projets, gérés par des groupes de travail composés d'endocrino-diabétologues libéraux issus de toutes les régions de France. Chaque groupe a animé des webinaires qui ont rassemblé entre 50 et 80 participants par projet avec, au total, plus d'une centaine d'endocrino-diabétologues actifs. Des documents ont été mis à disposition. L'ensemble est accessible librement sur le site internet de la FENAREDIAM (<https://fenarediam.fr>) ; beaucoup sont personnalisables par les utilisateurs.

Dans un premier temps, nous avons élaboré trois préconisations organisationnelles

Mieux préparer le patient à sa consultation. Améliorer la planification des rendez-vous

Afin de maîtriser l'annulation des RDV par le patient, nous avons proposé :

- un rappel systématique par la secrétaire pour les nouveaux patients ;
- pour les médecins qui utilisent des plateformes, recourir aux systèmes d'alerte qui préviennent les patients qu'un créneau s'est libéré.

Afin d'améliorer la cohérence de délais, on guide le secrétariat dans la priorisation à travers une fiche pratique de planification des RDV, par exemple, avec un arbre décisionnel et les questions à poser lors de la prise de RDV.

Pour dégager du temps médical, nous avons établi des propositions à transmettre au patient : consignes d'ordre général (apporter son ordonnance, la lettre du médecin, les résultats d'examens...); fiche de pré-consultation (recueil des coordonnées des correspondants, historique des traitements, questionnaire alimentaire, etc.). Ces éléments sont transmis à l'avance via la plateforme de RDV ou encore remplis en salle d'attente. Le temps de la consultation est ainsi centré sur l'examen clinique, les réponses spécifiques aux questions du patient et l'adaptation

du traitement. Ces éléments favorisent la communication médecin-malade et évitent des oublis.

Enfin, le groupe de travail a proposé un état des lieux des principales plateformes utilisées en France. L'objectif n'est pas de promouvoir une société en particulier, mais de mieux exploiter les outils qu'elles offrent, comme les rappels de RDV, l'envoi de consignes générales et les échanges de documents entre soignants et patients.

Mieux exploiter le potentiel de la télésurveillance

En août 2021, environ 6000 patients étaient inclus dans le programme ETAPES, concernant DT1 et DT2, et 8000 dans le programme d'article 51 de myDiabby Healthcare, dans le diabète gestationnel.

La première partie du travail du groupe a été d'établir la liste des fonctionnalités des trois principales plateformes utilisées selon les données de notre enquête (Diabnext™, LibreView et myDiabby Healthcare).

Nous devons nous préparer à l'arrivée dans le droit commun de la forfaitisation de cette télésurveillance dans le diabète, et il est important que nous y soyons impliqués de manière active. Les recommandations de la Société francophone du diabète (SFD) [1], avec un forfait socle et des situations de différentes complexités nous semblent appropriées aussi à la pratique de ville.

Nous avons établi un programme d'aide à la mise en place de la télésurveillance au cabinet en sept étapes, afin de faciliter les démarches du médecin libéral :

- j'identifie les patients susceptibles de bénéficier de la télésurveillance ;
- j'adapte mon organisation ;
- je choisis ma solution technique ;
- je gère les implications administratives ;
- j'inclus mes premiers patients ;
- j'évalue ma pratique ;
- je réfléchis à coopérer avec des paramédicaux.

L'arrivée des solutions techniques est un progrès dans la prise en charge des PAD : la télésurveillance fait partie des innovations organisationnelles. Les endocrino-diabétologues doivent s'emparer de ces outils qui s'inscrivent dans la mise en valeur de notre expertise, s'intègre dans le virage ambulatoire promu par les autorités de santé et sera, à terme, valorisé par sa rémunération.

Pourquoi et comment s'impliquer au sein d'une CPTS ?

Les CPTS ont été créées pour transformer les logiques de prise en charge des patients par une approche populationnelle au sein d'un territoire. Ainsi, les professionnels de santé s'organisent pour apporter une réponse collective aux besoins de santé. Les objectifs principaux sont d'améliorer, développer et coordonner les soins en ambulatoire dans un contexte de tension démographique médicale. Le dispositif est constitué à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire, en vue de structurer des parcours de santé, dans un système inclusif composé de

professionnels de santé du premier et du second recours, d'acteurs médicaux, sociaux et d'établissements de santé. Les missions prioritaires d'une CPTS sont, notamment, d'améliorer l'accès aux soins et d'organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient. Les missions complémentaires sont :

- favoriser le développement de la qualité et la pertinence des soins, notamment via les liens ville-hôpital ;
- favoriser l'attractivité sanitaire du territoire : coordination, promouvoir et installation de nouveaux professionnels de santé (par exemple, en développant les lieux de stage).

Une fois l'équipe et le projet construits, un contrat est mis en place, et un système de fonctionnement est établi. L'Agence régionale de Santé (ARS) accompagne le projet en validant et finançant les outils. La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) propose un soutien financier. Participer activement à la structuration de l'offre ambulatoire de soins sur le territoire permet de :

- donner de la visibilité aux patients sur l'organisation des soins ;
- favoriser l'accès aux soins ;
- réduire le délai d'attente pour une consultation ;
- organiser les parcours de soins pour une meilleure prise en charge des patients dans une approche pluriprofessionnelle cohérente.

En améliorant la collaboration entre professionnels, on peut :

- faciliter le dialogue entre professionnels et avec les patients ;
- optimiser l'adressage des patients ;
- faciliter l'accès à des ressources paramédicales : par exemple, infirmier de pratique avancé, diététicien, éducateur en activité physique adaptée (APA) ;
- faciliter le partage de informations : par exemple, entrées et sorties d'hospitalisation ;
- rompre l'isolement, obstacle à l'évolution du métier de soignant, par un travail en réseau ;
- participer à la formation des autres professionnels.

Pourquoi les endocrino-diabétologues doivent ils s'impliquer ? il s'agit d'apporter activement des réponses adaptées à la prise en charge des pathologies chroniques, de valoriser notre expertise et d'améliorer nos conditions d'exercice, et ainsi la qualité des soins données aux patients.

Certes, des freins existent. Par exemple, la nécessité d'investir du temps au départ, mais pour en gagner beaucoup ensuite, les objectifs peuvent être revus et renégociés, les organisations existantes efficaces et pertinentes peuvent être intégrées dans la CPTS.

Aujourd'hui, la CPTS est la seule structure qui permet une rémunération des actions de coordination pour les spécialistes, en dehors d'exceptionnels contrats avec l'ARS. Pour intégrer sa CPTS, le praticien doit s'informer auprès de sa Caisse primaire de l'assurance maladie (CPAM) ou de l'ARS de sa région, et prendre contact avec le coordinateur. On peut être informé des actions, participer à un projet, voire proposer de nouvelles actions. L'endocrino-diabétologue peut également s'approprier des

nouveaux outils de coordination financés par la CPTS : messagerie sécurisée, télé-expertise, choix ou création de nouveaux outils. Il a aussi la possibilité de s'impliquer dans la gouvernance selon ce qu'il souhaite.

Dans un deuxième temps, nous avons construit trois protocoles pluridisciplinaires autour du patient avec diabète de type 2

Afin de mettre en place des premiers éléments concrets de coordination, nous avons élaboré des protocoles de soins et avons choisi trois profils de patients. Offrir au PAD une prise en charge globale est un défi actuellement, d'autant plus dans une période de pénurie de l'offre de soins. L'objectif est de personnaliser la prise en charge, de mettre en place une meilleure coordination entre professionnels de santé et de faciliter la mise en œuvre des dernières recommandations.

Le patient à haut risque cardiovasculaire

L'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires, même si elle diminue, reste élevée par rapport aux patients sans diabète. Peu d'entre eux bénéficient d'un accompagnement pluriprofessionnel. Le groupe de travail a remis en forme les objectifs de prise en charge et a proposé une orientation du choix des thérapeutiques hypoglycémiantes selon les recommandations de la SFD [2], ainsi qu'une fiche d'adressage au cardiologue. Un arbre décisionnel a été élaboré concernant la prise en charge de l'hypercholestérolémie.

Le patient en situation d'obésité sévère

L'obésité croît, y compris bien sûr chez les PAD ; les médecins et les structures de soins ne savent pas toujours répondre à cette double problématique. Une prise en charge pluriprofessionnelle et centrée sur les attentes du patient est nécessaire. L'objectif du groupe de travail a été de proposer des outils aux différents acteurs pour permettre cette prise en charge globale, favorisant la décision médicale partagée : questionnaire d'évaluation des difficultés et attentes du patient ; plan personnalisé, avec la définition d'objectifs, ce qui permet d'orienter le patient vers les différents professionnels ; modèles de lettres personnalisables ;

arbre décisionnel ; système de coordination et de partage d'informations.

Le patient dont l'objectif glycémique est difficile à atteindre

C'est une situation fréquente qui nécessite d'organiser le parcours de soins et de clarifier le rôle de chaque professionnel. Les principes de ce protocole sont de rappeler les critères d'évaluation de l'équilibre glycémique pour le médecin généraliste, de faciliter le repérage des PAD qui ont des difficultés à atteindre l'objectif glycémique, d'organiser l'implication du patient dans la décision de prise en charge dans le cadre d'une décision médicale partagée, d'organiser l'éducation thérapeutique du patient, de mettre en place une réévaluation régulière de la prise en charge globale et de convenir entre professionnels de santé du rôle de chacun afin de structurer les modalités de collaboration. Un arbre décisionnel a été mis au point par le groupe de travail. Le recours à l'endocrinologue comporte à la fois son expertise dans la maladie chronique, la coordination, la démarche éducative, la formation des autres professionnels de santé, et dans le traitement et l'évaluation des situations difficiles. Un modèle de mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique de proximité est également proposé.

Remerciements : les auteurs tiennent à remercier : Patrick Blanc, Catherine Boegner, Fabienne De Boisvilliers, Florence Donadille, Ramona Fetche, Nathalie Gervaise, Cécile Guinchar, Blandine Lamblin, Sophie Ouzounian, Domitille Penet, Perrine Pichon, Nathalie Ronci, Géraldine Skurnik, la Société Stargen (Valery Labonne et Hervé Drevot).

Financement : ce travail a été réalisé avec le soutien des laboratoires Novo Nordisk.

Déclaration de liens d'intérêts : Emmanuelle Lecornet-Sokol déclare avoir reçu des invitations pour participation à des congrès et/ou des honoraires pour participations à des groupes d'experts de la part de : Abbott, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Insulet, LifeScan, Lilly, Novo Nordisk. Agathe Thevenot déclare avoir reçu des invitations pour participation à des congrès et/ou des honoraires pour participations à des groupes d'experts de la part de : AstraZeneca, Bayer, Lilly, Merck Pharma, Merck Sharp & Dohme (MSD), Novartis, Novo Nordisk, Sanofi. Chantal Simonet déclare des liens d'intérêts avec Novo Nordisk. Patrick Bouillot déclare des liens d'intérêts avec Novo Nordisk.

Références

[1] Société Francophone de Diabétologie (SFD), Thivolet C, Benhamou PY, Penfornis A, et al. Télésurveillance et diabète. Prise de position de la Société francophone du diabète (SFD). En collaboration avec la Société française d'endocrinologie et diabétologie

pédiatrique (SFEDP), le Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et nutrition (CNPEDN), la Fédération française des diabétiques (FFD) et l'Aide aux jeunes diabétiques (AJD). Med Mal Metab 2021;15:437-48.

[2] Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, et al. Prise de position de la Société francophone du diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiantes dans le diabète de type 2-2021. Med Mal Metab 2021;15:781-801.