

Le patient avec diabète de type 2 à haut risque cardio-vasculaire

Trame de protocole
pluriprofessionnel



WEBINAIRE 30 NOVEMBRE 2021

Patrick Blanc - Emmanuelle Lecornet-Sokol - Nathalie Ronci



PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

Le patient avec diabète de type 2 à haut risque cardio- vasculaire

STARENDOC

Notre programme d'innovation organisationnelle

Organiser une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients avec DT2 à haut risque cardiovasculaire

Contexte et enjeux
Objectifs
Qui fait quoi?
Stratégie de prise en charge

Comment déployer?

Pourquoi les endocrinologues doivent s'engager?
Comment se lancer?

Questions et discussion

Adaptons nos pratiques pour relever les défis

Prévalences
croissantes du
diabète et de
l'obésité

Comorbidité
complexité
Nouvelles
thérapeutiques

Croissance de la
demande de soins

Ruptures des
parcours de soins



**Transformons nos
pratiques pour offrir aux
patients une prise en
charge optimale**



Des endocrino-
diabétologues de
moins en moins
nombreux

Pression budgétaire
sur les dépenses de
santé

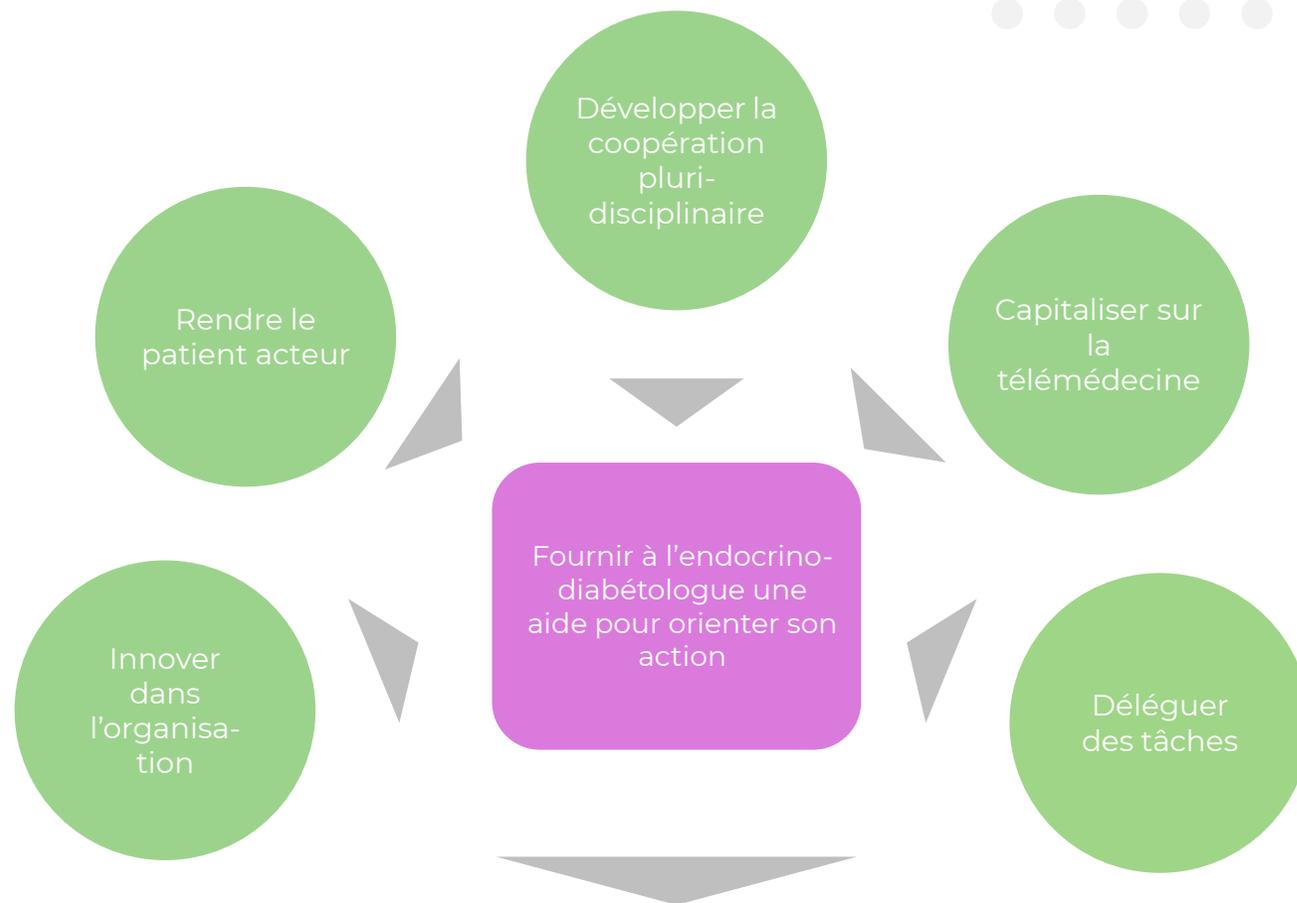
CPTS

Technologies
digitales

STARENDOC, programme d'innovation organisationnelle



- Aider l'endocrino-diabétologue à :
 - Analyser sa situation actuelle
 - Identifier des leviers d'amélioration de la prise en charge des patients
 - S'engager dans une démarche d'amélioration continue
- Apporter des outils (préconisations, protocoles)



Améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients

Equipe Projet

Groupes de travail

- Co-animation du projet: FENAREDIAM et Hervé Drevot et Valery Labonne, associés StarGen
- Un groupe de travail national: membres du bureau
- 12 contributeurs dans 6 groupes de travail pour développer les préconisations et les protocoles pluridisciplinaires
- 15 associations régionales avec leur bureau chargées de la communication, de la diffusion et de la mobilisation



Catherine Boegner
Présidente



Patrick Bouillot
Membre
du bureau



Emmanuelle
Lecornet-Sokol
Secrétaire



Chantal Simonet
Secrétaire



Agathe Thévenot
Trésorière

Démarche et calendrier du programme de travail



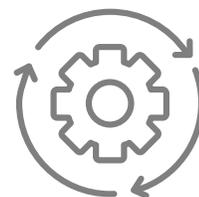
Auto-diagnostic
Etat des lieux

Participation de 300
endocrino-
diabétologues
Février-Mars 2021



Priorités
Planification des
travaux

Avril-décembre 2021



3 Préconisations
3 Protocoles
présentés lors de
Webinaires
et Congrès



Amélioration
continue

- 2022

Groupes de travail

3 préconisations organisationnelles

Améliorer la planification des RDV
Mieux préparer le patient à sa consultation

Agathe Thévenot, Florence Donadille, Géraldine Skurnik

Mieux exploiter le potentiel de la télésurveillance

Emmanuelle Lecornet-Sokol, Fabienne de Boisvilliers, Blandine Lamblin

Pourquoi et comment s'impliquer au sein des CPTS

Patrick Bouillot, Cécile Guinchard, Ramona Fetche

3 protocoles pluriprofessionnels (septembre-janvier)

Le patient avec diabète de type 2 en cas de
difficulté pour fixer ou atteindre l'objectif
d'équilibre glycémique

Patrick Bouillot, Nathalie Gervaise, Domitille Penet

Le patient avec diabète de type 2 à haut risque
cardio-vasculaire

Emmanuelle Lecornet-Sokol, Nathalie Ronci, Patrick Blanc

Le patient avec diabète de type 2 et obésité sévère

Agathe Thévenot, Sophie Ouzounian, Perrine Pichon



PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

Le patient avec DT2 à haut risque cardio- vasculaire.

STARENDOC

Notre programme d'innovation organisationnelle

Organiser une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients avec DT2 à haut risque cardiovasculaire

Contexte et enjeux

Objectifs

Qui fait quoi?

Stratégie de prise en charge

Comment déployer?

Pourquoi les endocrinologues doivent s'engager?

Comment se lancer?

Questions et discussion

Contexte et enjeux



L'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires a diminué du fait de la meilleure prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaires (1)



MAIS le risque cardiovasculaire résiduel pour les patients avec diabète est X2 par rapport aux patients non diabétiques (2-3)



La moitié de la réduction de l'espérance de vie des patients avec diabète est liée à la morbi-mortalité cardiovasculaire



Peu de patients bénéficient d'un accompagnement pluri professionnel

Offrir au patient avec diabète une prise en charge globale

1-Gregg EW, et al. N Engl J Med 2014

2- Seshasai SR, et al. N Engl J Med 2011

3_ Di Angelantonio E, et al; Emerging. JAMA 2015

4- Gaede P, et al. N Engl J Med 2003

5- Prise de position SFD patient diabétique de type 2 – 2019

Nos objectifs

Objectif 1



Personnaliser la prise en charge du patient avec diabète à risque cardiovasculaire

Objectif 2



Mettre en place une meilleure coordination entre professionnels de santé

Objectif 3



Faciliter la mise en œuvre des dernières recommandations

Collaboration



Stratification du niveau de risque* : triple intérêt



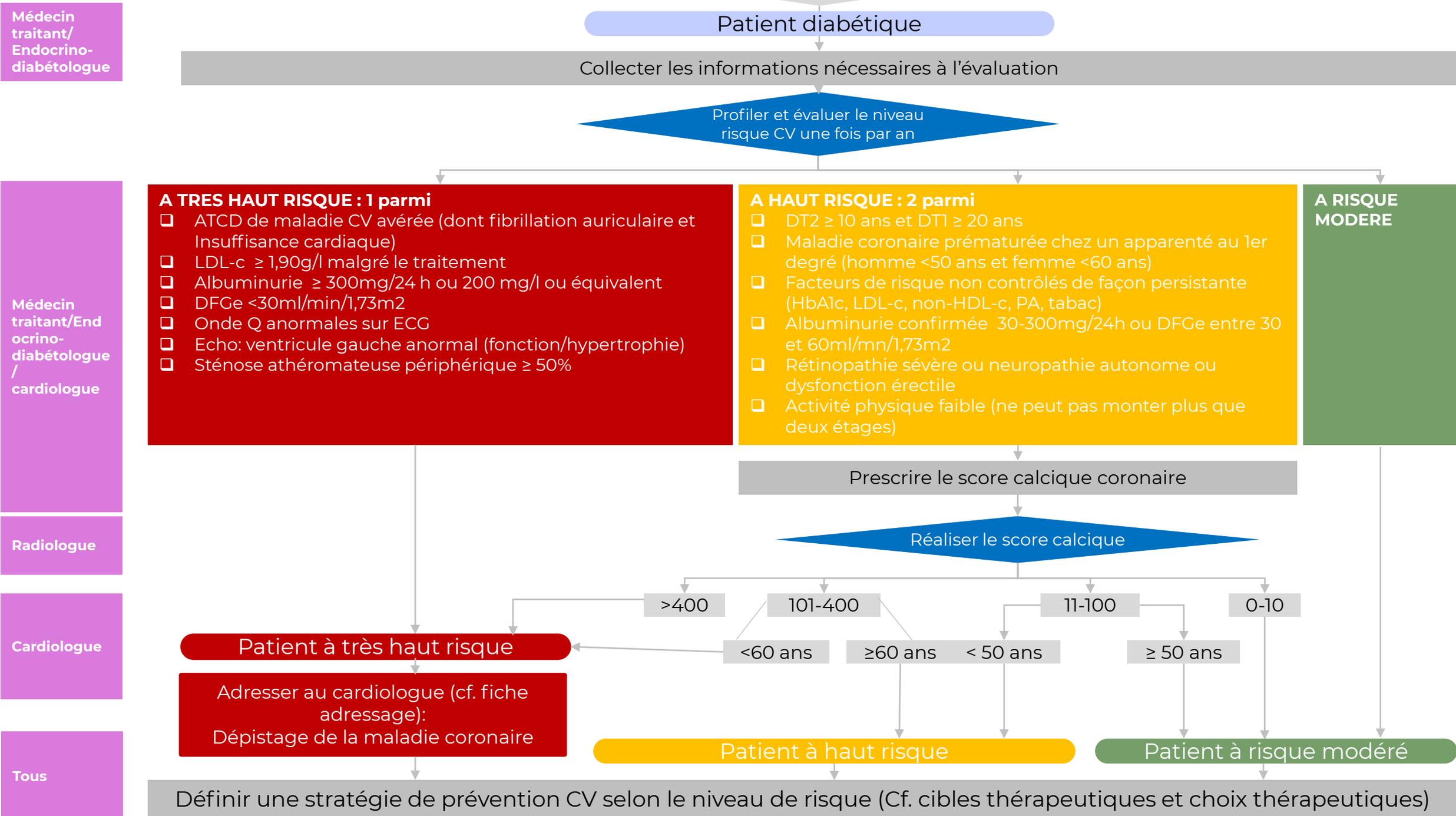
Identifier les patients qui bénéficieront d'un dépistage de la maladie coronaire silencieuse



Personnaliser les objectifs thérapeutiques



Privilégier chez les patients à risque élevé ou très élevé, les médicaments antidiabétiques qui ont démontré un bénéfice dans la réduction du risque cardiovasculaire



Fiche d'adressage vers le cardiologue

Nom et prénom du patient :
Téléphone :
Date de naissance : .. /.. /....



FORMULAIRE D'ADRESSAGE DU PATIENT DIABETIQUE - CONFIDENTIEL

Diabétologue, adresseur	Médecin généraliste	Cardiologue
Nom et prénom :	Nom et prénom :	Nom et prénom :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
E-mail sécurisé :	E-mail sécurisé :	E-mail sécurisé :
Motif(s) de l'adressage au cardiologue		
Pathologie cardiovasculaire : Maladie coronaire <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AOMI <input type="checkbox"/> Sténose > 50% sur un lit artériel <input type="checkbox"/> Fibrillation atriale <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Hypertrophie ou dysfonction VG <input type="checkbox"/> Données à l'interrogatoire évocatrices d'une cardiopathie : Dyspnée <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Prise de poids inexpliquée <input type="checkbox"/> Anomalies à l'ECG <input type="checkbox"/> préciser : Score calcique : Critères biologiques de risque cardiovasculaire : LDLc non à l'objectif malgré le traitement <input type="checkbox"/> DFGe <60ml/min/1,73m ² <input type="checkbox"/> Albuminurie ≥ 30mg/24 h <input type="checkbox"/> Autres critères de haut risque CV: Hérédité au 1 ^{er} degré de maladie coronarienne à un âge jeune <input type="checkbox"/> HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie, après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire <input type="checkbox"/> Diabète ancien (>10 ans si diabète de type 2 et > 20 ans si diabète de type 1) <input type="checkbox"/> Activité physique faible (ne peut monter plus de deux étages) <input type="checkbox"/> Tabagisme actif <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Neuropathie autonome <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile <input type="checkbox"/>		
Résultats d'examens complémentaires : HbA1c <input type="checkbox"/> LDL cholestérol <input type="checkbox"/> Triglycérides <input type="checkbox"/> DFG <input type="checkbox"/> Micro-albuminurie <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/>		
Traitement médical actuel :		
Profil psychosocial du patient :		

Fiche d'adressage vers le cardiologue

Nom et prénom du patient :
Téléphone :
Date de naissance :/../...



FORMULAIRE D'ADRESSAGE DU PATIENT DIABÉTIQUE - CONFIDENTIEL

Diabétologue - adresser	Médecin généraliste	Cardiologue
Nom et prénom	Nom et prénom	Nom et prénom
Éléphone	Éléphone	Éléphone
E-mail sécurisé	E-mail sécurisé	E-mail sécurisé

Motif(s) de l'adressage au cardiologue

Pathologie cardiovasculaire :
Maladie coronaire AVC AOMI Sténose > 50% sur un lit artériel

Fibrillation atriale Insuffisance cardiaque Hypertrophie ou dysfonction VG

Données à l'interrogatoire évocatrices d'une cardiopathie :
Dyspnée Palpitations Douleur thoracique Malaise Prise de poids inexplicquée

Anomalies à l'ECG préciser :

Score calcique :

Critères biologiques de risque cardiovasculaire :
LDLc non à l'objectif malgré le traitement
DFGe <60ml/min/1,73m²
Albuminurie ≥ 30mg/24 h

Autres critères de haut risque CV:
Hérédité au 1^{er} degré de maladie coronarienne à un âge jeune
HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie, après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire
Diabète ancien (>10 ans si diabète de type 2 et > 20 ans si diabète de type 1)
Activité physique faible (ne peut monter plus de deux étages)
Tabagisme actif
Rétinopathie Neuropathie autonome Dysfonction érectile

Résultats d'examen complémentaires :
HbA1c
LDL cholestérol Triglycérides
DFG Microalbuminurie
BNP

Traitement médical actuel :

Profil psychosocial du patient :

Motif(s) de l'adressage au cardiologue

Pathologie cardiovasculaire :

Maladie coronaire AVC AOMI Sténose > 50% sur un lit artériel

Fibrillation atriale Insuffisance cardiaque Hypertrophie ou dysfonction VG

Données à l'interrogatoire évocatrices d'une cardiopathie :

Dyspnée Palpitations Douleur thoracique Malaise Prise de poids inexplicquée

Anomalies à l'ECG préciser :

Score calcique :

Critères biologiques de risque cardiovasculaire :

LDLc non à l'objectif malgré le traitement

DFGe <60ml/min/1,73m²

Albuminurie ≥ 30mg/24 h

Autres critères de haut risque CV:

Hérédité au 1^{er} degré de maladie coronarienne à un âge jeune

HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie, après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire

Diabète ancien (>10 ans si diabète de type 2 et > 20 ans si diabète de type 1)

Activité physique faible (ne peut monter plus de deux étages)

Tabagisme actif

Rétinopathie Neuropathie autonome Dysfonction érectile

Fiche d'adressage vers le cardiologue

Nom et prénom du patient :
Téléphone :
Date de naissance : .. / .. / ..



FORMULAIRE D'ADRESSAGE DU PATIENT DIABÉTIQUE - CONFIDENTIEL

Diabétologue, adresseur	Médecin généraliste	Cardiologue
Nom et prénom :	Nom et prénom :	Nom et prénom :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
E-mail sécurisé :	E-mail sécurisé :	E-mail sécurisé :

Motifs de l'adressage au cardiologue

Pathologie cardiovasculaire :
Maladie coronaire AVC ADM Sténose > 50% sur un lit artériel
Fibrillation atriale Insuffisance cardiaque Hypertrophie ou dysfonction VG

Demanda à l'interrogatoire étiologique d'une cardiopathie:
Dyspnée Palpitations Douleur thoracique Malaise Prise de poids inexplicable

Anomalies à l'ECG préciser :

Score calcique :

Critères biologiques de risque cardiovasculaire :
LDL non à l'appel malgré le traitement
DPOa «blanc» > 7,3mg
Albumine > 30mg/24 h

Autres critères de haut risque CV:
Hérédité ou 1^{er} degré de maladie coronarienne à un âge jeune
HTA non contrôlée à 6 mois sous traitement, après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire
Diabète ancien (>10 ans si diabète de type 2 et >20 ans si diabète de type 1)
Activité physique faible (ne peut monter plus de deux étages)
Tabagisme actif
Rétinopathie Neuropathie autonome Dysfonction érectile

Résultats d'examen complémentaires :

HA1c

LDL cholestérol Triglycérides

DFG Micro-albuminurie

BNP

Traitement médical actuel :

Profil psychosocial du patient :

Résultats d'examen complémentaires :

HbA1c

LDL cholestérol Triglycérides

DFG Micro-albuminurie

BNP

Traitement médical actuel :

Profil psychosocial du patient :

Objectifs de prise en charge chez les patients avec diabète âgés de 35 à 75 ans*

Cibles thérapeutiques	Très haut risque	Haut risque	Risque modéré
Cible d'HbA1c	7%	<7%	<7%
Eviter les hypoglycémies	+++	+	+
Utilisation des AR GLP-1 Utilisation d'un inhibiteur du SGLT2	+++ +++	++ ++	
LDL-C (g/l)	<0,55	<0,70	<1
Non-HDL-C (g/l)	<0,85	<1	<1,3
Césation du tabac	+++	+++	+++
TA cible (mm Hg)	130/80	130/80	130/80
Utilisation des bloqueurs du SRA Aspirine 75-100 mg/j	+++ +	++ Non	Non
Activité physique	+++ Réhabilitation	+++	+++
Mesures diététiques	+++	++	++
Evaluer le score CAC	Non	3-5 ans	Non
Pratiquer de nouveau le dépistage de la maladie coronaire	3-5 ans	Non	Non

Pour le très haut risque avec suspicion de maladie coronaire significative, la seule différence avec le très haut risque: Si forte suspicion de maladie CV: aspirine ++

* tableau traduit et modifié de P. Valensi et al. / Diabetes & Metabolism 47 (2021) 101-185

Orientation du choix thérapeutique hypoglycémiant

1^{ère} intention : mesures hygiéno-diététiques

2^{ème} intention : Metformine

3^{ème} intention : bithérapie ou plus

Avec maladie cardiovasculaire ou rénale

Coronaropathie et/ou maladies athéromateuses établies

Bithérapie: metformine avec de préférence AR du GLP1, sinon iSGLT2

Si HbA1c non à l'objectif par ordre de préférence :

1 – metformine + iDPP4 (en enlevant AR du GLP1) + iSGLT2*

2 – metformine avec AR du GLP1 et iSGLT2*

3 – associer insuline basale à la trithérapie

4 – ou bien associer un sulfamide à moindre risque d'hypoglycémie

Insuffisance cardiaque ou MRC prédominante

Bithérapie: metformine avec de préférence iSGLT2, sinon AR du GLP1

Si HbA1c non à l'objectif par ordre de préférence :

1 – metformine + iDPP4 sauf saxagliptine (en enlevant AR du GLP1) et iSGLT2*

2 – metformine avec iSGLT2 et AR du GLP1*

3 – associer insuline basale à la trithérapie

4 – ou bien associer un sulfamide à moindre risque d'hypoglycémie

Sans maladie cardiovasculaire ou rénale

Obj 1 = Réduire le risque d'hypoglycémies

Bithérapie: metformine avec au choix iDPP4 ou AR du GLP ou iSGLT2

Si HbA1c non à l'objectif

1 - trithérapie avec les mêmes antidiabétiques**

2 - associer insuline basale à la trithérapie préférentiellement au répaglinide et aux sulfamides

Obj 2 = Faire perdre du poids

Bithérapie: metformine avec au choix AR du GLP1 ou iSGLT2***

Si HbA1c non à l'objectif

1 – metformine avec AR du GLP1 et iSGLT2*

2 – associer sulfamide à la trithérapie

3 – ou bien lui associer insuline basale

Obj 3 = Réduire le coût du traitement

Bithérapie: metformine avec sulfamide.

Si HbA1c non à l'objectif par préférence :

1 - associer bithérapie avec insuline basale

2 – sinon trithérapie metformine + sulfamide + iDPP4

3 – si nécessaire associer cette trithérapie avec insuline basale

Pour les patients de plus de 75 ans: Bithérapie en associant metformine à iDPP4, si non à l'objectif

1 – associer bithérapie avec insuline basale

2 – réserver l'association bithérapie avec sulfamide ou répaglinide aux sujets de plus de 75 ans en « bonne santé » à cause du risque d'hypoglycémie

3 – AR du GLP1 et iSGLT2 sont réservés à une minorité de patients chez lesquels ces traitements peuvent apporter un avantage en protection cardio rénale

*Association non remboursée à ce jour; Beauduceau B, Monnier L. Médecine des Maladies Métaboliques 2019 ;13 :42-49; Prise de position SFD diabétique type 2- Médecine des Maladies Métaboliques 2019 ; 8 : 711-32.

**HAS. Recommandation de bonne pratique – Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013

***Pour un gain supplémentaire d'HbA1c et de poids: AR-GLP1 à privilégier

Médecin traitant/
Endocrino-
diabétologue

Patient diabétique

Collecter les informations nécessaires à l'évaluation

Profiler et évaluer le niveau
risque CV une fois par an

Médecin
traitant/
Endocrinologue
/
Cardiologue?

Cibles thérapeutiques	Très haut risque
LDL-C (g/l)	<0,55
Non-HDL-C (g/l)	<0,85

Cibles thérapeutiques	Haut risque
LDL-C (g/l)	<0,70
Non-HDL-C (g/l)	<1

Cibles thérapeutiques	Risque modéré
LDL-C (g/l)	<1
Non-HDL-C (g/l)	<1,3

Diététicienne
Coach sportif
Médecin
traitant

Accompagner le patient dans le rééquilibrage alimentaire, le sevrage tabagique, la pratique d'une activité physique, le contrôle de la tension artérielle et du diabète

Evaluer l'atteinte des cibles
thérapeutiques

Atteinte objectifs

Non atteinte objectifs

Prescrire une statine de haute intensité jusqu'à la dose la plus élevée tolérée et adapter l'accompagnement

Evaluer l'atteinte des cibles
thérapeutiques

Atteinte objectifs

Non atteinte objectifs

Médecin
traitant/
Endocrinologue
/
Cardiologue?

Anticorps monoclonaux anti-PCSK9: indications
 REPATHA®- evolocumab: En association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes à très haut risque cardiovasculaire, avec hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte, présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie par un antécédent d'infarctus du myocarde (IDM), d'accident vasculaire cérébral (AVC) non hémorragique et/ou d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique (prévention secondaire), et non contrôlés (LDL-c > ou = 0,7 g/L) malgré un traitement optimisé comprenant au moins une statine à dose maximale tolérée.
 PRALUENT®- alirocumab: En association à un traitement hypolipémiant optimisé chez les patients adultes ayant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie par un antécédent de SCA récent (prévention secondaire) et qui ne sont pas contrôlés (LDL-c > ou = 0,7 g/L) malgré un traitement hypolipémiant optimisé comprenant au moins une statine à la dose maximale tolérée

- Prescrire une autre statine jusqu'à la dose maximale tolérée
- Puis, association avec l'ézétimibe ou ézétimibe seul si aucune statine n'est tolérée à aucune posologie
- Puis, anticorps monoclonaux anti-PCSK9 dans certaines indications**



PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

Le patient avec DT2 à haut risque cardio- vasculaire.

STARENDOC

Notre programme d'innovation organisationnelle

Organiser une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients avec DT2 à haut risque cardiovasculaire

Contexte et enjeux

Objectifs

Qui fait quoi?

Stratégie de prise en charge

Comment déployer?

Pourquoi les endocrinologues doivent s'engager?

Comment se lancer?

Questions et discussion

Quels bénéfices pour les endocrino-diabétologues?



Dégager du temps médical



Améliorer la pertinence et la qualité des soins



Améliorer la satisfaction et le bien être au travail



Etre acteur de l'évolution choisie du métier de médecin spécialiste



Etre reconnu comme un leader dans l'amélioration de la prise en charge

Quels risques de ne pas s'impliquer?

1

Création d'un parcours de soins du patient avec diabète sans l'avis et la participation d'un endocrino-diabétologue

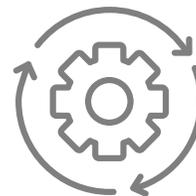
2

Des transferts de compétences non consentis en l'absence de délégations de tâches organisées entre professionnels d'un territoire

3

Un virage ambulatoire sans les endocrino-diabétologues libéraux

Démarche et calendrier de travail du déploiement



Webinaires

Engager la
dynamique de
déploiement sur
les territoires
pilotes

Elargir le
déploiement sur
les territoires
pilotes

Présentation lors
des congrès

30 novembre, 14
décembre et 25 janvier)

1^{er} semestre 2022

2^{ème} semestre 2022

Utiliser la télé-expertise



Médecin requérant

Demande

**Plateforme de
télé-expertise**
**Messagerie de
santé sécurisée**



Médecin requis

(effectue la télé-expertise en
dehors de la présence du patient)

Retour

- Acte le besoin d'une télé-expertise et précise l'attendu vis-à-vis du médecin requis.
- Recueille le consentement préalable du patient.
- Réalise l'interrogatoire et l'examen clinique du patient.
- Sollicite les examens complémentaires nécessaires et prépare le dossier médical du patient.
- Transmets la demande de télé-expertise et les données pertinentes

- Analyse les données fournies par le médecin requérant puis établit ses recommandations (Le cas échéant pose un diagnostic, sollicite une consultation physique ou une téléconsultation et propose un changement du plan de soins).
- Formalise un compte-rendu de télé expertise à l'attention du médecin requérant.

Rémunération

(avenant 9 à la convention médicale (Arrêté du 22 septembre 2021) – Applicable avril 2022

La rémunération du médecin requérant pour son travail de coordination est de 10 € par téléexpertise dans la limite de 4 par an et par patient.

Facturation

Rémunération (avenant 9 à la convention médicale (Arrêté du 22 septembre 2021) – Applicable avril 2022

La rémunération est de 20€ pour le médecin requis dans la limite de 4 TE par an et par patient.



MERCI
SOUS-TITRE



@fenarediam



fenarediam@gmail.com

www.fenarediam.fr