



La personne vivant avec un diabète de type 2 en cas de difficulté pour atteindre l'objectif d'équilibre glycémique

Trame de protocole pluriprofessionnel

Webinaire du 15/02/22

Patrick Bouillot, Nathalie Gervaise, Domitille Penet

StarEndoc
Programme d'innovation
organisationnelle





PROCOLE PLURIPROFESSIONNEL

**La personne vivant avec
un diabète de type 2 en
cas de difficulté pour
atteindre l'objectif
d'équilibre glycémique**

A propos de StarEndoc

Organiser une prise en charge pluriprofessionnelle

Comment déployer?

Questions et discussion

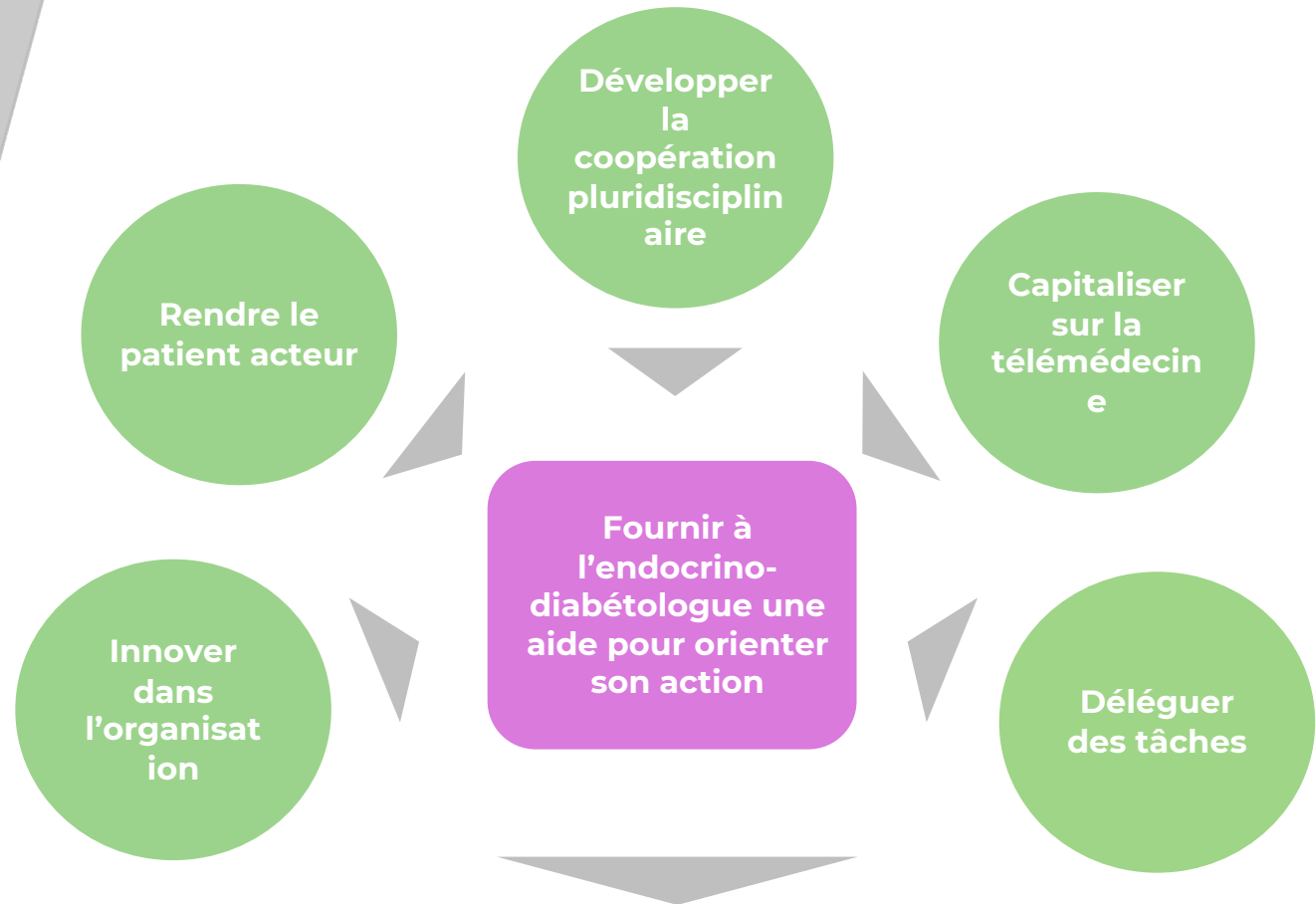
Adaptons nos pratiques pour relever les défis



StarEndoc, programme d'innovation organisationnelle

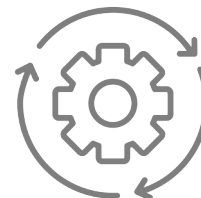


- Aider l'endocrino-diabétologue à :
 - Analyser sa situation actuelle
 - Identifier des leviers d'amélioration de la prise en charge des patients
 - S'engager dans une démarche d'amélioration continue
- Apporter des outils (préconisations, protocoles)



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

Démarche et calendrier du programme de travail



Auto-diagnostic
Etat des lieux

Priorités
Planification des
travaux

3 Préconisations
3 Protocoles
présentés lors de
18 webinaires
et congrès

Déploiement
incrémental

Elargissement du
périmètre

Participation de 300
endocrino-
diabétologues
Février-Mars 2021

avril 2021 – mars 2022

2022

Travaux réalisés en 2021/2022

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

Protocoles pluriprofessionnels

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

Patrick Bouillot, Nathalie Gervaise, Domitille Penet

Le patient diabétique de type 2 à haut risque cardio-vasculaire

Emmanuelle Lecornet-Sokol, Nathalie Ronci,
Patrick Blanc

Le patient diabétique de type 2 avec obésité

Agathe Thévenot, Sophie Ouzounian, Perrine Pichon



PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL

La personne vivant avec
un diabète de type 2 en
cas de difficulté pour
atteindre l'objectif
d'équilibre glycémique

A propos de StarEndoc

**Organiser une prise en charge
pluriprofessionnelle**

Comment déployer?

Questions et discussion

Contexte et enjeux



Environ 2/3 des patients diabétiques de type 2 n'atteignent pas leur objectif glycémique*



Pas d'accès à une ETP structurée pour la plupart des patients



Environ 70% du coût de la prise en charge du diabète lié aux complications**



Complications et coûts découlent de l'inertie thérapeutique et d'une mauvaise observance des patients



Remboursement limité de l'accompagnement diététique et psychologique



Orientation tardive vers un endocrino-diabétologue

Proposer un protocole pluriprofessionnel et des outils aux différents acteurs pour offrir au patient une prise en charge globale

*Entred 2007

** Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 – Cnamts

L'inertie thérapeutique est définie comme l'absence d'intensification du traitement chez un patient diabétique de type 2 dont les résultats l'exigeraient selon les recommandations en vigueur. Le délai acceptable pour réagir face à une valeur d'HbA1c supérieure à l'objectif est de 6 mois.

Pourquoi une trame de protocole pluriprofessionnel ?



Pour orienter les patients qui n'atteignent pas l'objectif glycémique vers un parcours de soins optimisé



Pour clarifier le rôle de chaque professionnel de santé pour une prise en charge efficiente



Pour définir la place et la valeur ajoutée du recours à l'endocrino-diabétologue dans les situations de déséquilibre glycémique

Principes structurants de ce protocole pluriprofessionnel



Clarifier les critères d'évaluation de l'équilibre glycémique pour le médecin généraliste



Faciliter le repérage des patients qui ont des difficultés à atteindre l'objectif glycémique



Organiser l'implication du patient dans la décision de prise en charge (décision médicale partagée)



Organiser l'éducation thérapeutique du patient

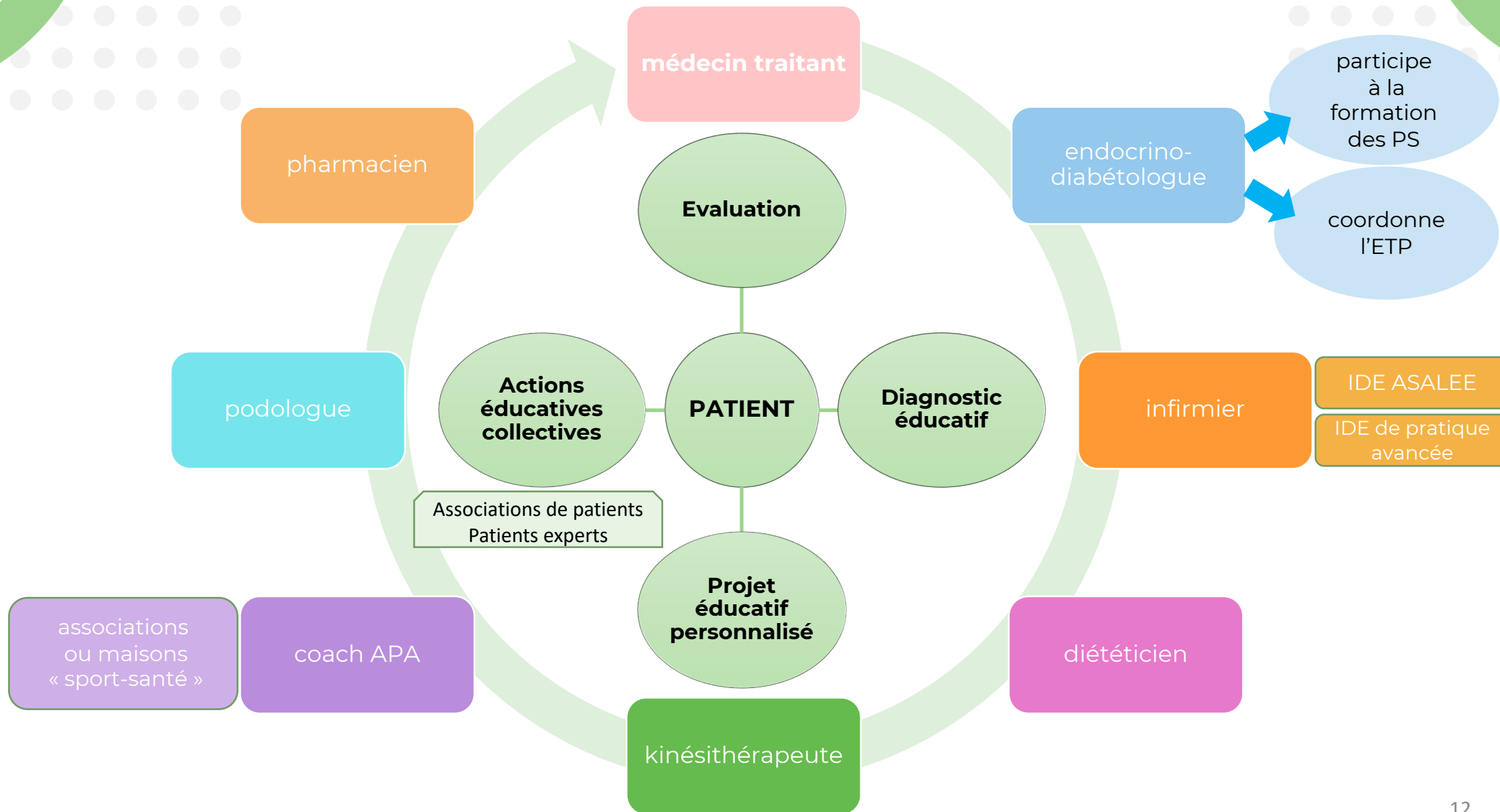


Organiser une réévaluation régulière de la prise en charge globale



Convenir entre professionnels de santé du rôle de chacun dans la prise en charge et structurer les modalités de collaboration

Les acteurs de la prise en charge



Qui fait quoi, quand, comment ?

1 Assurer un suivi de l'équilibre glycémique du **patient diabétique de type 2**

Repérer les patients avec
difficulté à atteindre
l'objectif glycémique

Patient sans difficulté à
atteindre l'objectif

Patient avec difficulté à atteindre l'objectif

2 Adresser le patient à l'endocrino-diabétologue

3 Diagnostiquer les causes du déséquilibre
Elaborer un plan de prise en charge globale
Impliquer le patient
Communiquer le plan (patient, médecin traitant et autres professionnels de santé)

4 Organiser la mise en œuvre du parcours de soins et adresser le patient aux acteurs concernés (équipe de soins spécialisée)

5 Adapter l'activité
physique

6 Adapter
l'alimentation

7 Mettre en
route et conduire
l'éducation
thérapeutique

8 Prévenir les
complications

9 Optimiser le
traitement
médicamenteux

10 Réévaluer la prise en charge globale (en cas d'échec prévoir éventuellement le recours à un psychologue clinicien)

Médecin
traitant

Endocrino-
diabétologue

Tous les
professionnels
de santé

Comment coordonner la prise en charge du patient ?



Organiser un maillage renforcé entre les acteurs



Partager des outils de coordination avec l'ensemble des intervenants et avec le patient



Faciliter la communication autour du patient avec des outils numériques



Réévaluer régulièrement les situations lors de réunions de coordination et ajuster la prise en charge globale

Qui fait quoi, quand, comment ?

1 Assurer un suivi de l'équilibre glycémique du **patient diabétique de type 2**

Repérer les patients avec
difficulté à atteindre
l'objectif glycémique

Patient sans difficulté à
atteindre l'objectif

Patient avec difficulté à atteindre l'objectif

2 Adresser le patient à l'endocrino-diabétologue

3 Diagnostiquer les causes du déséquilibre
Elaborer un plan de prise en charge globale
Impliquer le patient
Communiquer le plan (patient, médecin traitant et autres professionnels de santé)

4 Organiser la mise en œuvre du parcours de soins et adresser le patient aux acteurs concernés (équipe de soins spécialisée)

5 Adapter l'activité
physique

6 Adapter
l'alimentation

7 Mettre en
route et conduire
l'éducation
thérapeutique

8 Prévenir les
complications

9 Optimiser le
traitement
médicamenteux

10 Réévaluer la prise en charge globale (en cas d'échec prévoir éventuellement le recours à un psychologue clinicien)

Médecin
traitant

Endocrino-
diabétologue

Tous les
professionnels
de santé

Quelle mission pour le médecin traitant ?

1 Assurer un suivi de l'équilibre glycémique du patient

- Individualiser l'objectif selon le profil du patient
- Réaliser les points de contrôle du suivi du patient
- Repérer le déséquilibre

2 Adresser le patient à l'endocrino-diabétologue

- Préparer efficacement la consultation avec l'endocrino-diabétologue (mise à disposition des données clés dans le formulaire d'adressage standard)
- Intégrer les indications et les prescriptions de l'endocrino-diabétologue (adaptation du traitement médicamenteux, plan de prise en charge globale)

7 Participer à l'éducation thérapeutique du patient

- Participer au diagnostic éducatif et à l'élaboration du projet éducatif
- Relayer les messages éducatifs coordonnés des professionnels de santé
- Remplir la fiche de coordination et participer à des réunions de coordination

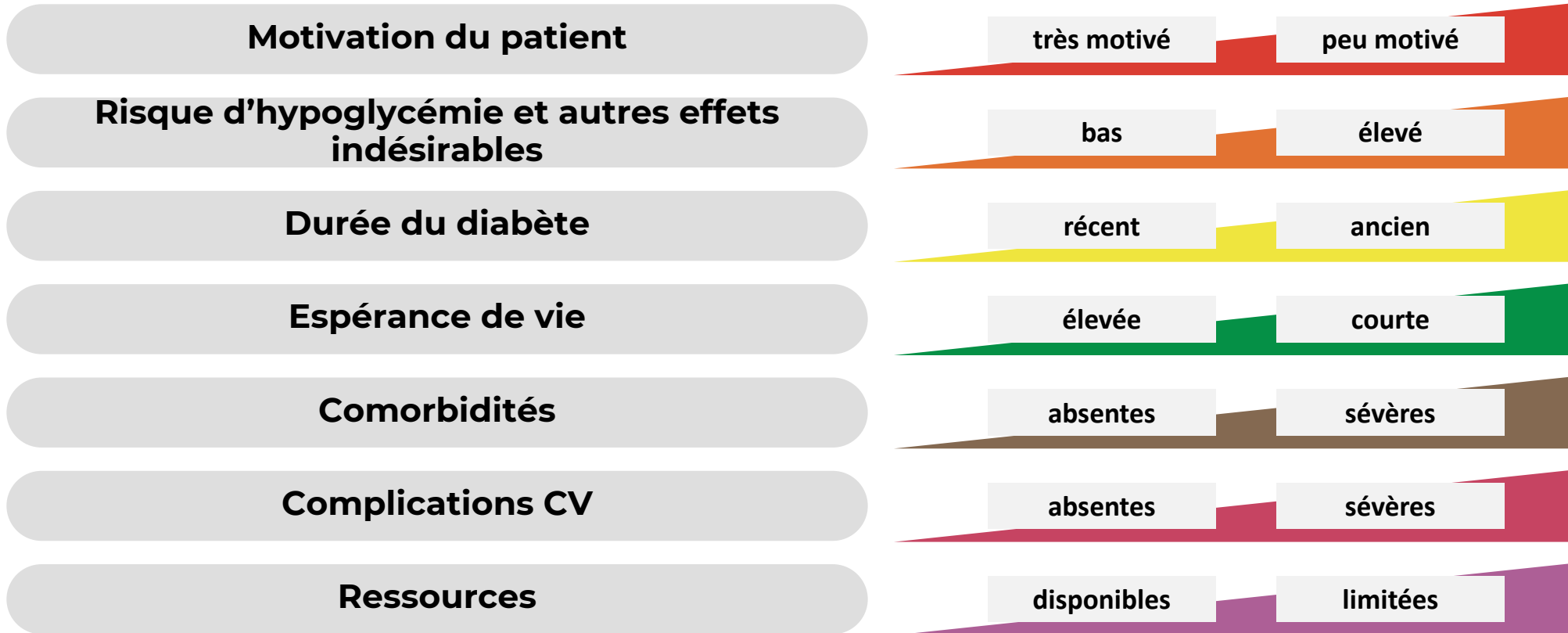
10 Réévaluer la prise en charge globale en liaison avec les autres professionnels de santé

- Prendre en compte les retours d'information de tous les professionnels de santé impliqués
- Participer à l'évaluation de la démarche éducative

Comment définit-on l'objectif glycémique?

OBJECTIF GLYCEMIQUE

Plus rigoureux Moins rigoureux



Comment définit-on l'objectif glycémique*?

Objectifs d'HbA_{1c} à individualiser selon le profil du patient.

	Profil du patient	HbA _{1c} cible
Personnes âgées de moins de 75 ans	Patients vivant avec un DT2 : –avec une espérance de vie supérieure à 5 ans –ET sans comorbidité(s) sévère(s) –ET sans IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) ^a	≤ 7 %, voire ≤ 6,5 % à condition que cet objectif soit atteignable grâce aux modifications du mode de vie et/ou à des traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie
	Patients vivant avec un DT2 : –avec une espérance de vie limitée (< 5 ans) –ET/OU une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) –ET/OU une IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) ^a	≤ 8 % en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide hypoglycémiant (SU) ^b , glinide ou insuline
	–OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères	
Personnes âgées de plus de 75 ans ^c	Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 % ^d
	Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »	≤ 8 % ^e , en restant au-dessus de 7 % ^e , en cas de traitement par SU ^f , glinide ^f ou insuline
	Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L en restant au-dessus de 8 % avec des glycémies préprandiales > 1,40 g/L en cas de traitement par SU ^f , glinide ^f ou insuline
Patientes enceintes ou envisageant de l'être ^g	Avant d'envisager la grossesse	≤ 6,5 %
	Durant la grossesse	≤ 6,5 % et glycémies capillaires < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en postprandial à 2 h

^aStade 4 : débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 15 et 29 mL/min/1,73 m² ; stade 5 : DFG < 15 mL/min/1,73 m².

^bLes sulfamides hypoglycémiant (SU) sont contre-indiqués en cas d'IRC sévère ou terminale.

^cDe manière générale, chez les sujets âgés, il est essentiel de minimiser le risque d'hypoglycémie, notamment d'hypoglycémie sévère, pouvant survenir sous SU, glinide ou insuline ; le risque hypoglycémique est plus important lorsque l'HbA_{1c} est inférieure à 7 %, mais existe également si l'HbA_{1c} est plus élevée.

^dUne attention particulière sera portée au risque d'hypoglycémie en cas de traitement par SU, glinide ou insuline.

^eCes valeurs pourront être modulées en fonction du degré de fragilité et de dépendance.

^fIl est préférable d'éviter de prescrire un SU ou un glinide chez les sujets âgés « fragiles » ou « dépendants et/ou à la santé très altérée ».

^gDiabète préexistant à la grossesse.

Pourquoi le patient n'est pas à l'objectif ?

Traitement non optimisé



- Maîtrise difficile de l'évolution de la maladie diabétique et de l'arsenal médicamenteux par le médecin traitant
- Inertie thérapeutique (complexité du changement, procrastination, durée insuffisante des consultations)
- Absence d'adhésion au traitement par le patient (exemple du refus de l'insulinothérapie)
- Mauvaise observance en rapport avec l'existence d'effets indésirables
- Absence de recours au spécialiste (délai de rendez-vous trop long, refus du patient, non perception de la nécessité d'un avis d'expert)

Mode de vie inapproprié



- Alimentation inadaptée, troubles du comportement alimentaire
- Activité physique insuffisante
- Précarité, environnement socio-familial défavorable
- Contraintes professionnelles
- Facteurs culturels prégnants

Pourquoi le patient n'est pas à l'objectif ?

Absence d'éducation thérapeutique du patient



- Connaissances insuffisantes et/ou erronées du patient sur la maladie, ses conséquences, son traitement, sa prise en charge
- Implication du patient non sollicitée
- Compétences potentielles du patient non développées
- Culture insuffisante de la coordination pluriprofessionnelle et de sa valeur ajoutée à la fois pour le patient et les professionnels de santé

Motivation insuffisante du patient



- Dénier de la maladie ou acceptation difficile
- Absence de symptomatologie
- Résistance au changement
- Besoin d'accompagnement
- Fragilité psychologique, anxiété, dépression

Qui fait quoi, quand, comment ?

1 Assurer un suivi de l'équilibre glycémique du **patient diabétique de type 2**

Repérer les patients avec
difficulté à atteindre
l'objectif glycémique

Patient sans difficulté à
atteindre l'objectif

Patient avec difficulté à atteindre l'objectif

2 Adresser le patient à l'endocrino-diabétologue

3 Diagnostiquer les causes du déséquilibre
Elaborer un plan de prise en charge globale
Impliquer le patient
Communiquer le plan (patient, médecin traitant et autres professionnels de santé)

4 Organiser la mise en œuvre du parcours de soins et adresser le patient aux acteurs concernés (équipe de soins spécialisée)

5 Adapter l'activité
physique

6 Adapter
l'alimentation

7 Mettre en
route et conduire
l'éducation
thérapeutique

8 Prévenir les
complications

9 Optimiser le
traitement
médicamenteux

10 Réévaluer la prise en charge globale (en cas d'échec prévoir éventuellement le recours à un psychologue clinicien)

Médecin
traitant

Endocrino-
diabétologue

Tous les
professionnels
de santé

La valeur ajoutée de l'endocrino-diabétologue libéral pour prendre en charge ce patient en situation d'échec



Quelle mission pour l'endocrino-diabétologue ?

3 Faire l'anamnèse de l'évolution de la maladie diabétique

- Vérifier le typage du diabète, rechercher éventuellement une forme atypique
- Rechercher et faire le bilan des complications
- Evaluer le risque cardio-vasculaire
- Faire le bilan des comorbidités

Réévaluer l'objectif glycémique avec le patient

3 Diagnostiquer les causes du déséquilibre glycémique

- Traitement non optimisé
- Mode de vie inapproprié
- Absence ou insuffisance de l'ETP
- Motivation insuffisante

Quelle mission pour l'endocrino-diabétologue ?

3

Elaborer un plan de prise en charge globale

- Impliquer le patient: faciliter l'expression, informer, expliciter, échanger, proposer, négocier (pour une décision partagée)
- Proposer et prescrire les modifications thérapeutiques (dont l'insulinothérapie) 9
- Proposer un adressage à d'autres médecins spécialistes (pour prévenir, dépister, évaluer et traiter les complications) 8
- Proposer au patient un parcours de soins (centré sur l'ETP) et impliquant les autres professionnels de santé (PS)
- Donner des indications, faire des préconisations et faire si nécessaire des prescriptions aux autres PS
 - Concernant en particulier l'alimentation et l'activité physique 5 6
 - Concernant également l'ETP à mettre en place
- Proposer au patient de prendre contact avec les associations de patients (pair-aidance)
- Proposer au patient de prendre contact avec une assistante sociale si nécessaire
- Communiquer le plan au patient, au médecin traitant et aux autres PS

4

Organiser la mise en œuvre du parcours de soins

- Adresser le patient aux autres PS
- Commencer à remplir la fiche de coordination
 - Donner les informations nécessaires concernant le patient
 - Faire circuler la fiche auprès des PS impliqués pour qu'ils la complètent

Quelle mission pour l'endocrino-diabétologue ?

7

Former les autres PS et coordonner l'éducation thérapeutique

- Sensibiliser et former aux bases de la démarche éducative les PS qui n'ont pas suivi de formation validante à l'ETP
- Former les PS à la prise en charge de la maladie diabétique (formation inter-professionnelle)
- Initier et coordonner un programme d'ETP formalisé
 - Synthétiser le diagnostic éducatif et valider le projet éducatif négocié avec le patient (dont les objectifs prioritaires)
 - Valider les messages éducatifs coordonnés qui seront portés par tous les PS
 - Réaliser des actions éducatives
 - Organiser des réunions de coordination (présentielles et/ou en visio-conférences)
 - Proposer et participer au choix des outils de coordination

10

Réévaluer la prise en charge globale

- Prendre en compte les retours d'information de tous les professionnels de santé impliqués
- Participer à l'évaluation de la démarche éducative
- Actualiser le plan de prise en charge globale
- Initier un nouveau cycle d'ETP selon les nécessités
- Proposer le recours à un psychologue clinicien si besoin

Principes structurants de l'ETP à proposer à ce type de patient

Le fil rouge du parcours

- Indispensable dans ces situations d'échec
- Solution efficace pour repérer la non-adhésion au traitement et pour dépasser les injonctions thérapeutiques

Accessible à un maximum de patients

- ETP de proximité, territoriale

Dispensée par une équipe de soins pluriprofessionnelle

- Coordonnée par l'endocrino-diabétologue qui doit en être le promoteur
- Autour d'un programme commun
- Messages éducatifs coordonnés entre tous les intervenants

Des impacts mesurables

- Une évaluation médico-économique de l'impact de ce protocole pluriprofessionnel pourrait être conduite

Comment organiser l'ETP adaptée à ce profil de patient ?



Constituer une équipe éducative territoriale pluriprofessionnelle



Formaliser la démarche éducative au sein d'un programme d'ETP agréé par l'ARS



Elaborer un diagnostic éducatif partagé



Construire un projet éducatif personnalisé négocié avec le patient



Définir le contenu et les modalités des actions (individuelles et collectives) d'ETP



Evaluer l'impact sur la prise en charge du patient et réamorcer la démarche éducative autant que nécessaire

Qui fait quoi, quand, comment ?

1 Assurer un suivi de l'équilibre glycémique du **patient diabétique de type 2**

Repérer les patients avec
difficulté à atteindre
l'objectif glycémique

Patient sans difficulté à
atteindre l'objectif

Patient avec difficulté à atteindre l'objectif

2 Adresser le patient à l'endocrino-diabétologue

3 Diagnostiquer les causes du déséquilibre
Elaborer un plan de prise en charge globale
Impliquer le patient
Communiquer le plan (patient, médecin traitant et autres professionnels de santé)

4 Organiser la mise en œuvre du parcours de soins et adresser le patient aux acteurs concernés (équipe de soins spécialisée)

5 Adapter l'activité
physique

6 Adapter
l'alimentation

7 Mettre en
route et conduire
l'éducation
thérapeutique

8 Prévenir les
complications

9 Optimiser le
traitement
médicamenteux

10 Réévaluer la prise en charge globale (en cas d'échec prévoir éventuellement le recours à un psychologue clinicien)

Médecin
traitant

Endocrino-
diabétologue

Tous les
professionnels
de santé

Quelle mission pour l'infirmier?

Intégrer les indications et les prescriptions de l'endocrino-diabétologue
(fiche de coordination)

Objectifs glycémiques
Protocole d'adaptation des doses d'insuline
Horaires de passage à domicile si nécessaire ...

Evaluer	Alerter	Conseiller	Réaliser des actions éducatives	Réaliser des actions éducatives	Suivre
<ul style="list-style-type: none"> • La pratique de l'ASG <ul style="list-style-type: none"> - Technique, horaires, tenue du carnet de surveillance glycémique • La pratique des injections <ul style="list-style-type: none"> - Technique, horaires • La bonne adaptation des doses d'insuline • Le mode de vie (à domicile) • Repérer <ul style="list-style-type: none"> - Des hypoglycémies - Des effets indésirables du traitement - Des fragilités <ul style="list-style-type: none"> ➢ Difficultés motrices ➢ Troubles visuels 	<ul style="list-style-type: none"> • Le prescripteur <ul style="list-style-type: none"> - Risque hypoglycémique majoré - Effets indésirables du traitement • Le diététicien <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation à domicile • Le patient (objectifs sécuritaires) <ul style="list-style-type: none"> - Sur les potentiels effets indésirables du traitement - Sur le risque hypoglycémique - Sur le risque lié à une mauvaise observance du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur le choix du matériel d'injection <ul style="list-style-type: none"> - en tenant compte de la prescription • Sur la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie • Sur les horaires et les délais d'injection par rapport aux repas <ul style="list-style-type: none"> - En tenant compte des prescriptions • Sur les modalités de stockage et de conservation du traitement • Sur la gestion des déchets (DASRI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation pratique de l'ASG <ul style="list-style-type: none"> - Technique, horaires, tenue du carnet de surveillance glycémique • Adaptation de l'ASG <ul style="list-style-type: none"> - Horaires - Pour une meilleure évaluation de l'équilibre glycémique - Pour dépister les hypoglycémies 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des injections <ul style="list-style-type: none"> - Technique - dans l'objectif d'une autonomisation • Adapter les doses d'insuline <ul style="list-style-type: none"> - Selon le protocole personnalisé • Participation à des séances collectives <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre son traitement - L'hypoglycémie - L'hyperglycémie • Elaborer des outils 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier <ul style="list-style-type: none"> - la bonne compréhension des informations et conseils donnés - La bonne utilisation des matériels - La bonne observance du traitement • Recueillir les difficultés <ul style="list-style-type: none"> - Proposer des solutions adaptées et acceptées par le patient • Surveillance des patients de plus de 75 ans (acte à la nomenclature)

7

Diagnostic éducatif



5 6 8

Mise en œuvre du projet éducatif partagé/négocié avec le patient

Relais des messages coordonnés des PS



Evaluation

10

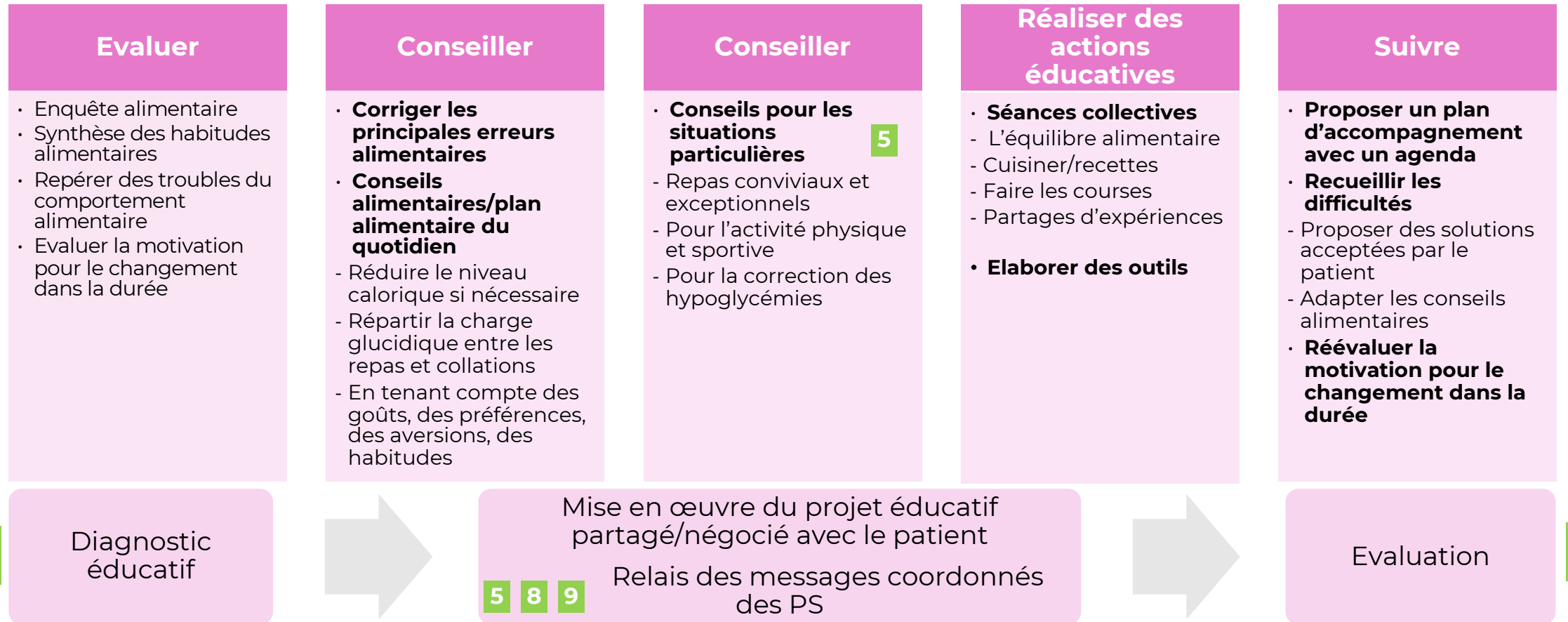
remplir la fiche de coordination / participer à des réunions de coordination

Quelle mission pour le diététicien ?

6 Adapter l'alimentation

Intégrer les indications de l'endocrino-diabétologue
(fiche de coordination)

objectif de perte pondérale
répartition glucidique quotidienne
gestion de l'activité physique ...

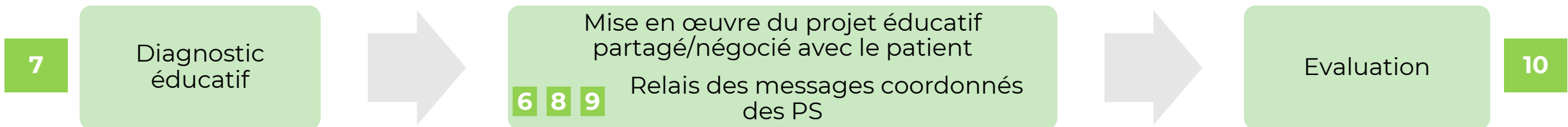
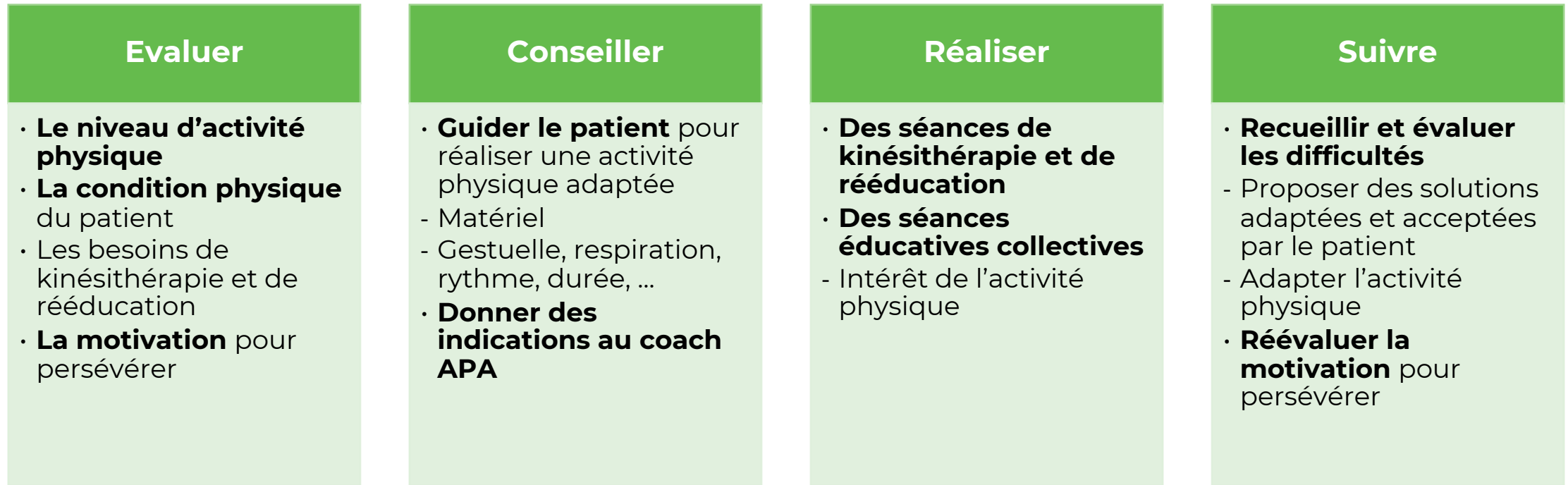


remplir la fiche de coordination / participer à des réunions de coordination

Quelle mission pour le kinésithérapeute ?

5 Adapter l'activité physique

Pour les patients présentant des affections ostéo-articulaires et/ou musculo-squelettiques
Intégrer les indications de l'endocrino-diabétologue (fiche de coordination)

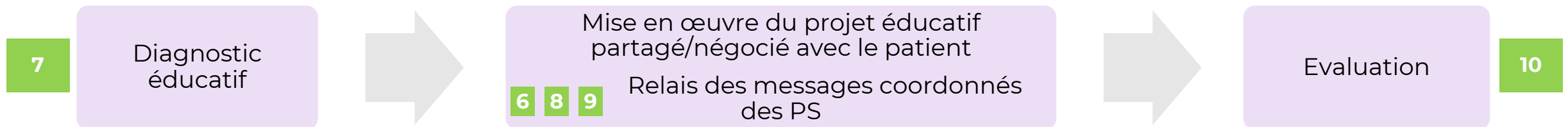
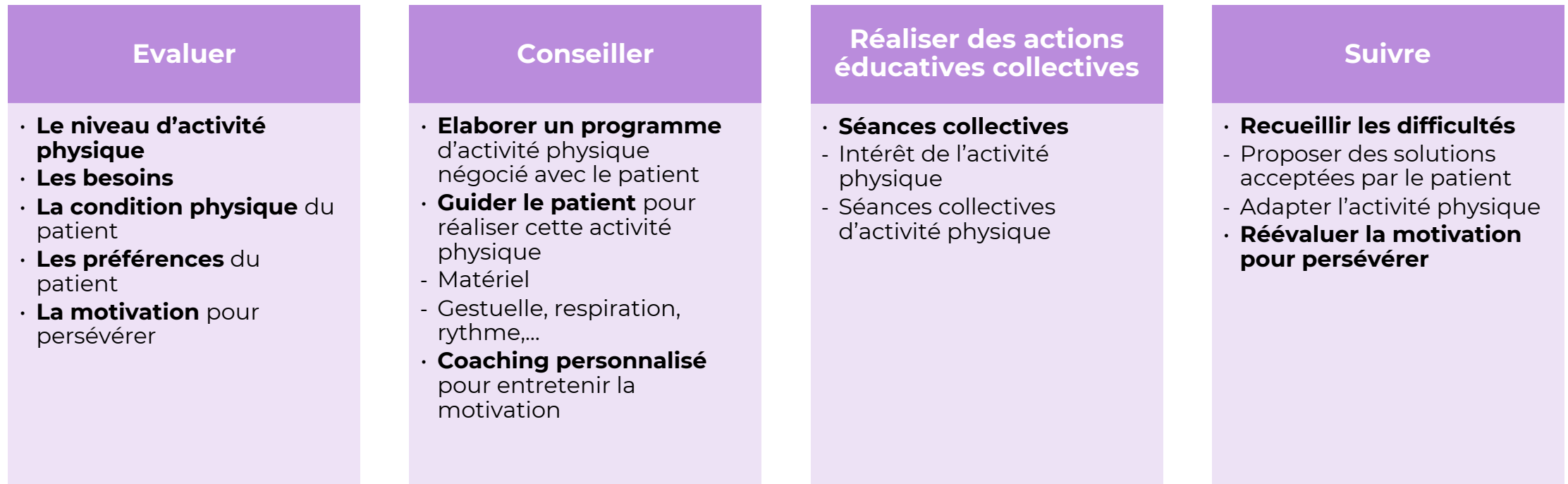


remplir la fiche de coordination / participer à des réunions de coordination

Quelle mission pour le coach APA ?

5 Adapter l'activité physique

Intégrer les indications de l'endocrino-diabétologue (et du kinésithérapeute si nécessaire)
(fiche de coordination)



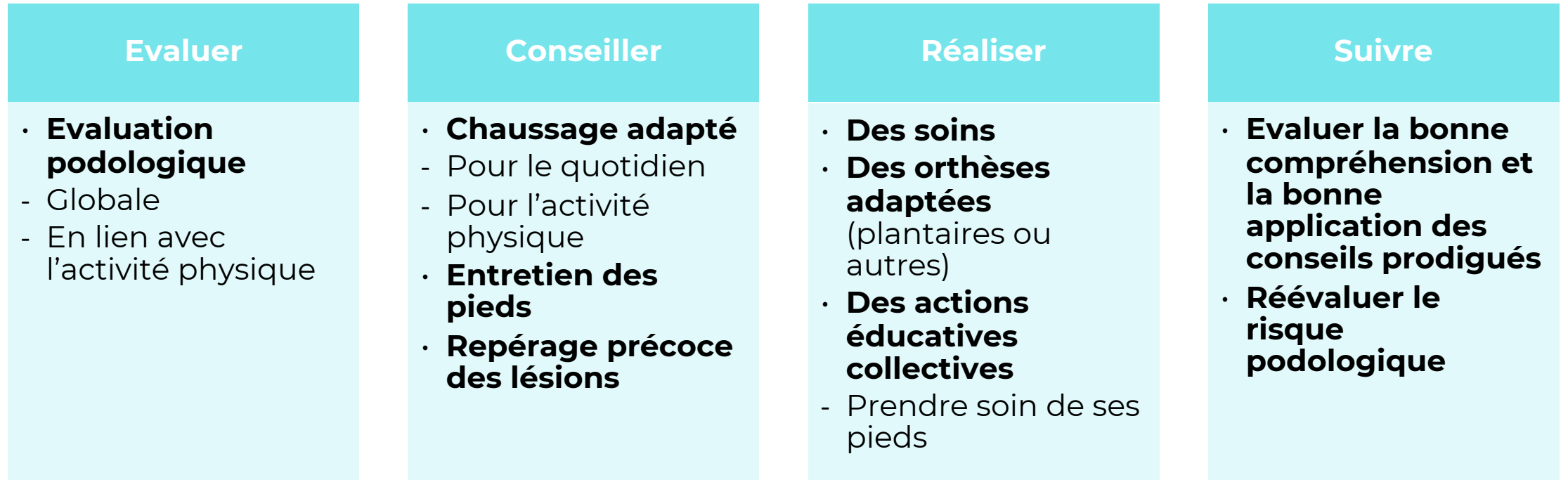
remplir la fiche de coordination / participer à des réunions de coordination

Quelle mission pour le pédicure-podologue ?

8

Prévenir les complications

Intégrer les indications de l'endocrino-diabétologue (fiche de coordination)



7

Diagnostic éducatif



Mise en œuvre du projet éducatif partagé/négocié avec le patient

5 6 9

Relais des messages coordonnés des PS



Evaluation

10

remplir la fiche de coordination / participer à des réunions de coordination

Quelle mission pour le pharmacien ?

Intégrer les indications de l'endocrino-diabétologue
(fiche de coordination)

Observance du traitement médicamenteux
Prise appropriée du traitement
Choix du matériel (pour ASG, pour les injections)...

Evaluer

- **L'observance**
 - Fréquence de délivrance des ordonnances
 - Adhésion au traitement
- **La pratique de l'ASG**
- **Repérer**
 - des effets indésirables des médicaments
 - des hypoglycémies
 - des fragilités
 - Difficultés motrices
 - Troubles visuels

Alerter

- **Le prescripteur**
 - Contre-indications et interactions médicamenteuses
 - Risque hypoglycémique majoré
- **Le patient (objectifs sécuritaires)**
 - Sur les potentiels effets indésirables du traitement
 - Sur le risque hypoglycémique
 - Sur le risque lié à une mauvaise observance ou prise du traitement

Conseiller

- **Sur la bonne prise médicamenteuse**
 - Pour prévenir ou limiter les phénomènes d'intolérance
- **Sur les modalités de stockage et de conservation des traitements**
- **Sur le choix du matériel d'ASG et d'injection**
 - en tenant compte de la prescription
- **Sur la gestion des déchets (DASRI)**

Réaliser des actions éducatives

- **Réalisation pratique de l'ASG**
 - Formation technique
- **Adaptation de l'ASG**
 - Pour une meilleure évaluation de l'équilibre glycémique
 - Pour dépister les hypoglycémies
- **Participation à des séances collectives**
 - Comprendre son traitement

Suivre

- **Vérifier**
 - la bonne compréhension des informations et conseils donnés
 - La bonne utilisation des matériels
 - La bonne observance du traitement
- **Recueillir les difficultés**
 - Proposer des solutions adaptées et acceptées par le patient
- **Evaluer la motivation pour le changement dans la durée**

7

Diagnostic éducatif



5 6 8

Mise en œuvre du projet éducatif partagé/négocié avec le patient

Relais des messages coordonnés des PS



Evaluation

10

remplir la fiche de coordination / participer à des réunions de coordination

Quelle mission pour le psychologue clinicien?

10

Proposer un recours au psychologue dans certaines situations

Evaluer une détresse psychologique et en rechercher la cause

- Préexistante: mal-être
- Liée au diabète : à son diagnostic et/ou à son déséquilibre

Permettre au patient de verbaliser ses difficultés

- Par une écoute active

Travailler l'acceptation de la maladie chronique

- Faire le deuil de l'état de bonne santé
- Travailler le sentiment d'insécurité
- Travailler le sentiment d'échec

Travailler la motivation au changement

- Travailler la perception par le patient de ses compétences

Les outils de coordination



**Fiche d'adressage du médecin
traitant vers l'endocrino-diabétologue**



- **Journal de bord du diabète déséquilibré**
- ✓ **Plan de prise en charge globale élaboré par l'endocrino-diabétologue**
- ✓ **Mon parcours personnalisé et l'accompagnement pluri-professionnel réalisé / Fiche de coordination**

Les trames de ces outils de coordination proposées ne sont que des ébauches que chaque équipe pluriprofessionnelle doit amender et s'approprier

Les outils de coordination



Fiche d'adressage du médecin traitant vers l'endocrinodiabétologue

Nom et prénom du patient :
Adresse :
Téléphone : **Courriel :**
Date de naissance : .. /.. /.... **N° de SS :**

**FICHE D'ADRESSAGE DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 2 AVEC DIFFICULTÉ(S) A ATTEINDRE L'OBJECTIF GLYCÉMIQUE
CONFIDENTIEL**

Médecin généraliste	Endocrinologue
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Courriel sécurisé :	Courriel sécurisé :
HbA1c : , non à l'objectif Objectif non atteint depuis : 6 mois à un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an <input type="checkbox"/> Déséquilibre brutal <input type="checkbox"/> Priorité d'adressage : Urgent <input type="checkbox"/> Non-urgent <input type="checkbox"/>	
Ancienneté du diabète :	
Clinique Évolution pondérale sur les derniers mois : Autres symptômes cliniques :	
Facteurs de risque cardiovasculaires HTA <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Dyslipidémie Age > 50 ans <input type="checkbox"/> Obésité (IMC > 30) <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> ATCD familial au premier degré (avant 55 ans) <input type="checkbox"/>	
ATCD Chirurgicaux : Médicaux : Gynéco-obstétriques : Familiaux :	
Allergies :	
Traitement antidiabétiques antérieurs :	
Traitement actuel ou joindre l'ordonnance :	
Résultats d'examen complémentaires : [merci de joindre si possible tous les résultats] Glycémie capillaires (si possible mesures de la glycémie sur 3 jours, matin, midi, soir et coucher) HbA1c <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Créatinine avec estimation du DFG <input type="checkbox"/> Recherche d'une micro-albuminurie <input type="checkbox"/> Exploration d'une anomalie lipidique à jeun <input type="checkbox"/> GGT, transaminases <input type="checkbox"/> Si urgence, faire en plus : CRP, calcémie, protidémie, Na, K, RA, Recherche d'acétone <input type="checkbox"/>	
Quelles difficultés rencontrez-vous ? : Nutrition <input type="checkbox"/> Motivation <input type="checkbox"/> Modification, adaptation du traitement <input type="checkbox"/> Sédentarité <input type="checkbox"/> Mise en route ETP Autres :	
Données pertinentes utiles concernant le profil patient (degré autonomie...)	

Journal de bord du diabète déséquilibré

Qui suis-je ?

(À remplir avec le médecin si je ne suis pas sûr des réponses)

Monsieur Madame

Nom Prénom

Date de naissance

Age

Ancienneté du diabète :

< 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans plus de 20 ans

Je connais déjà le diabète :

- Diabète familial
- Diabète gestationnel

J'ai des complications du diabète

- Cardio vasculaire
- Ophtalmologique
- Rénale
- Podologique

J'ai d'autres maladies qui m'empêchent de vivre normalement

J'ai d'autres problèmes qui m'empêchent de bien me soigner

Mon traitement actuel :

- 1 ou 2 ADO 3 ADO GLP1 RA Insuline basale
- Insuline premix schéma basal bolus

Je n'ai pas besoin d'aide pour le diabète : je me sens autonome

Une personne proche s'intéresse à ma vie avec un diabète

J'ai des problèmes avec le traitement :

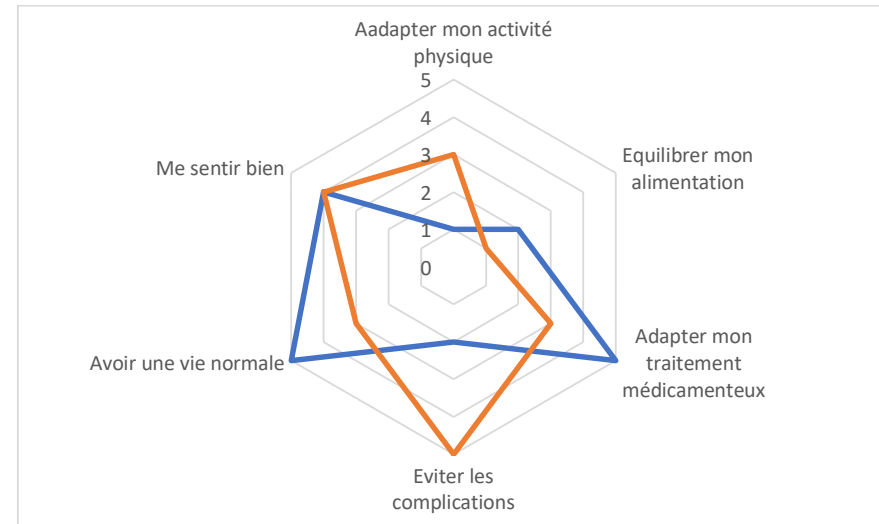
- Intolérance :
- Oublis :
- Je refuse ou ne me sens pas prêt pour certains traitements

J'ai déjà participé à un programme pour le diabète ou l'alimentation

Dans quelle mesure pensez-vous être capable d'agir pour gérer votre diabète
(1=pas capable à 10=très capable) ?



J'ai besoin d'aide et d'informations (0=pas de besoin à 5=besoin très important pour :



Plan de prise en charge globale (proposé par l'endocrino-diabétologue en conclusion de sa consultation)

Objectif glycémique	Causes du déséquilibre	Propositions			
		Perte de poids (kg ou %)	Activité physique : Lutte contre la sédentarité Augmenter la fréquence Augmenter l'intensité	Traitement médicamenteux	Autres

Mon parcours de santé personnalisé

Objectif sécuritaire	Objectif du patient	Intervenant	Date

Accompagnement pluriprofessionnel réalisé

Date	Intervenant	Objectif atteint	Renforcement



Exemple de Mme Yvette Dupont

Patiente



61 ans
(Poids :
90 kg, taille 160)



Diabétique de type 2
depuis 2010 :

- Adressée par son médecin traitant pour conseils diététiques car le diabète n'est pas équilibré
- Elle prend metformine, glinide et DPP-4
- L'hba1c est à 9,5 % (> 8,5 depuis 18 mois)
- Elle a perdu 2 kg sans vraiment faire attention et souhaite d'ailleurs des conseils
- Elle redoute l'insuline car elle se souvient que sa mère également diabétique avait pris beaucoup de poids après l'instauration de l'insulinothérapie
- Son mari est malade, elle a des douleurs aux genoux et râle car son docteur n'arrête pas de lui dire d'aller marcher !!
- Elle est traitée pour HTA
- Le bilan des complications est à jour et ne montre aucun retentissement évolutif

Journal de bord du diabète déséquilibré

Qui suis-je ?

(À remplir avec le médecin si je ne suis pas sûr des réponses)

Monsieur Madame

NomDUPONT..... PrénomYvette.....

Date de naissance01/02/1951.....

Age61.....

Ancienneté du diabète :

< 1 an 1 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans plus de 20 ans

Je connais déjà le diabète :

- Diabète familial
- Diabète gestationnel

J'ai des complications du diabète

- Cardio vasculaire
- Ophtalmologique
- Rénale
- Podologique

J'ai d'autres maladies qui m'empêchent de vivre normalement

J'ai d'autres problèmes qui m'empêchent de bien me soigner

Mon traitement actuel :

- 1 ou 2 ADO 3 ADO GLP1 RA Insuline basale
- Insuline premix schéma basal bolus

Je n'ai pas besoin d'aide pour le diabète : je me sens autonome

Une personne proche s'intéresse à ma vie avec un diabète

J'ai des problèmes avec le traitement :

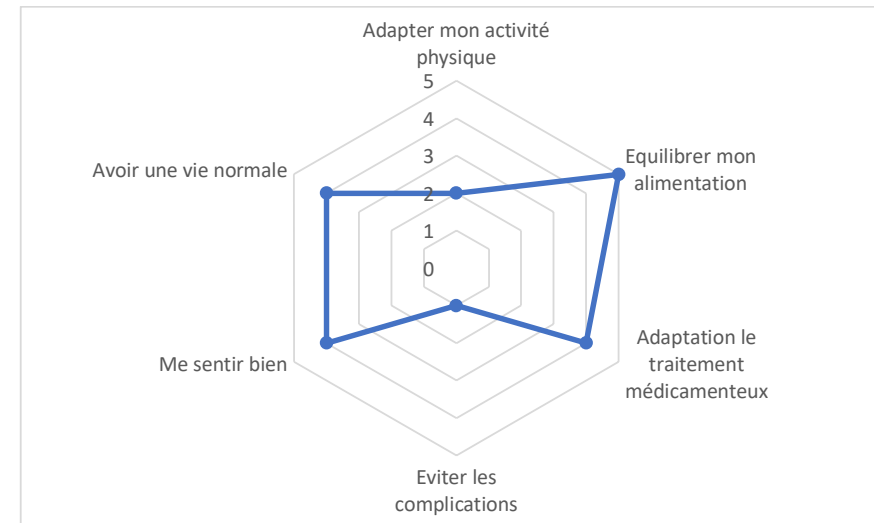
- Intolérance : ARGLP1
- Oublis :
- Je refuse ou ne me sens pas prêt pour certains traitements

J'ai déjà participé à un programme pour le diabète ou l'alimentation

Dans quelle mesure pensez-vous être capable d'agir pour gérer votre diabète (1=pas capable à 10=très capable) ?



J'ai besoin d'aide et d'informations (0=pas de besoin à 5=besoin très important pour :



Plan de prise en charge coordonnée (proposé par l'EDN en conclusion de sa consultation)

Objectif glycémique	Causes du déséquilibre	Propositions			
HbA1C 7% Gaj < 120	Adhésion au traitement Stress	Perte de poids (kg ou %) -5%	Activité physique : Lutte contre la sédentarité x Augmenter la fréquence x Augmenter l'intensité	Traitement médicamenteux : Metformine Sulfamide Insuline basale	Autres

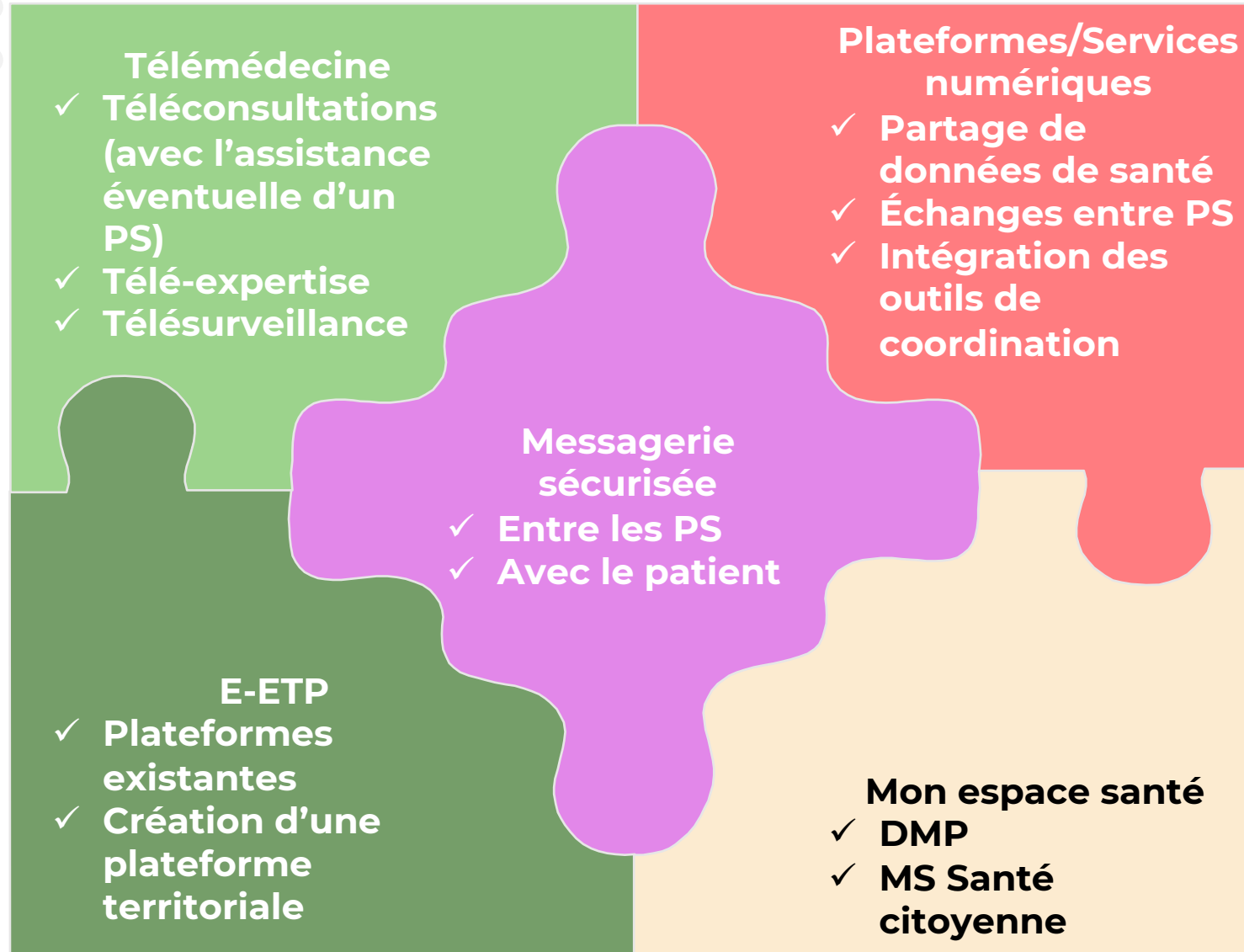
Mon parcours de santé personnalisé

Objectif sécuritaire	Objectif du patient	Intervenant	Date
Limiter le risque hypo	Perdre 10 kg	Diet	
Etre autonome pour l'injection	Ne pas prendre de poids	IDEL	
Conseiller des exercices adaptés	Ne pas avoir mal aux genoux	Kine	
Conserver correctement l'insuline Collecte des DASRI	Bien utiliser l'insuline	Pharma	
Groupe de paroles		Assoc patient	

Accompagnement pluriprofessionnel réalisé

Date	Intervenant	Objectif atteint	Renforcement
	Céline	84kg	Enrichir en HC
	Barbara	Technique d'injection acquise	Adaptation des doses
	Jérémy	Utilisation d'un vélo d'appartement	Avis podologue
	Pharmacie de l'église	Remise container Remis sur conservation insuline	

Place du numérique dans ce parcours de soins





PROCOLE PLURIPROFESSIONNEL

**La personne vivant avec
un diabète de type 2 en
cas de difficulté pour
atteindre l'objectif
d'équilibre glycémique**

A propos de StarEndoc

Organiser une prise en charge
pluriprofessionnelle

Comment déployer?

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



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



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

Quels risques de ne pas s'impliquer ?

1

Endocrino-diabétologue exclu et non sollicité dans le cadre d'un parcours de soins organisé (réseau, CPTS, ...)

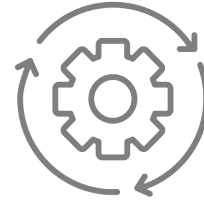
2

En l'absence de délégations de tâches organisées entre professionnels d'un territoire, des transferts de compétences non consentis risquent de voir le jour

3

Dévalorisation de notre spécialité si nous ne sommes pas partie prenante du virage ambulatoire

Démarche du déploiement



Webinaires

**Engager la
dynamique de
déploiement sur
des territoires
pilotes**

**Elargir le
déploiement sur
les territoires
pilotes**

**Présentation lors
de réunions
professionnelles**

Déploiement graduel sur des territoires pilotes

Engager la dynamique de déploiement sur des territoires pilotes (bassins de vie, CPTS)

Elargir le déploiement sur les territoires pilotes

1 Mobiliser les professionnels du territoire
Constituer le noyau de l'équipe pluriprofessionnelle
(professionnels motivés pour s'engager dans la mise en œuvre du protocole)

2 S'approprier le protocole en l'amendant autant que nécessaire compte-tenu des réalités du terrain (ressources professionnelles, souhaits des professionnels)
Mettre en œuvre le protocole

3 Piloter le projet, partager les expériences et améliorer en continu
Accompagnement, alimentation des indicateurs, réunions de suivi et de partage d'expériences

4 Promouvoir cette initiative auprès des acteurs clés

Organisations professionnelles

CPTS

Autorités de Santé

Assurance maladie

5 Mettre à bord d'autres professionnels sur le territoire pilote (webinaire/table-ronde pour échanger sur besoins et attentes et retours d'expériences - accompagnement/support)

Evaluer l'impact et tirer les enseignements

Comment mesurer le succès (indicateurs de performance)



Nombre de personnes vivant avec un diabète de type 2 ayant des difficultés pour atteindre l'objectif d'équilibre glycémique bénéficiant d'une prise en charge pluriprofessionnelle



Nombre de d'endocrino-diabétologues, médecins traitants et autres professionnels de santé impliqués



Niveau de satisfaction des professionnels de santé et des patients (retours d'expériences)



PROCOLE PLURIPROFESSIONNEL

**La personne vivant avec
un diabète de type 2 en
cas de difficulté pour
atteindre l'objectif
d'équilibre glycémique**

A propos de StarEndoc

Organiser une prise en charge
pluriprofessionnelle

Comment déployer?

Questions et discussion



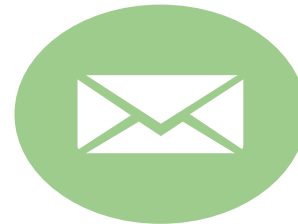
FENAREDIA



MERCI



@fenarediam



fenarediam@gmail.com

www.fenarediam.fr

Références bibliographiques utiles

Liste non exhaustive

- Diabète LAB /Fédération française des diabétiques, Etude sur le parcours de soins des personnes diabétiques de type 2 (2021): <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/parcours-soins-diabetiques-type-2/>
- HAS, Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte (2014): https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
- Article HAS, Diabète de type 2: six épisodes de soins sous surveillance (15/04/16, mis à jour le 12/06/19): https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058418/fr/diabete-de-type-2
- <https://www.diabetologie-pratique.com/journal/article/0038653-inertie-therapeutique-insulinoresistance-quels-enjeux-chez-patient>
- HAS, Stratégie thérapeutique du diabète du type 2 : Fiche mémo et Parcours de soins intégrés - Note de cadrage. 24 juin 2020: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-diabete-du-type-2-fiche-memo-et-parcours-de-soins-integres-note-de-cadrage
- https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/reco_dt2_sfd_2021.pdf
- 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: 437-448: https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/referentiel2021sfd_telesurveillanceetdiabete.pdf
- Référentiel SFD, Surveillance glycémique et technique d'injection d'insuline et des analogues du GLP1. Mise à jour du référentiel de bonnes pratiques, mars 2017
- Prise de position de la SFD sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 – 2021. Médecine des maladies Métaboliques - décembre 2021 - tome 15 - n°8: https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/reco_dt2_sfd_2021.pdf
- Référentiel SFD, Regard nouveau sur les glucides pour la pratique en diabétologie Réflexion autour des glucides. Groupe de travail initié par la SFD Paramédical en collaboration avec l'AFDN. Médecine des maladies Métaboliques 2016
- Pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques podologiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique. Référentiel de bonnes pratiques. Médecine des maladies Métaboliques - Mars 2015 – Vol. 9 : https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/mmm_guide_sfd_para.pdf
- Activité physique et diabète de type 2 Duclos M et al., for the SFD diabetes and physical activity working group. Physical activity and type 2 diabetes. Recommendations of the SFD (Francophone Diabetes Society) diabetes and physical activity working group. Diabetes Metab 2013;39:205-216: <https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/1-s2.0-S1262363613000530.pdf>