



livret d'information aux professionnels

2, rue du Bignon – Bât.3

35000 RENNES

☎ 02.23.35.49.81 -

email : reseaudiabete35@orange.fr

site : www.reseaudiabete35.com

31 mai 2012

Page 1 sur 11

SOMMAIRE

	<u>PAGES</u>
Sommaire	1
I. Qu'est ce-que le RESEAU DIABETE 35 ?	2
II. MODALITES D'ADHESION	3
III. LES SEANCES D'EDUCATION	4
IV. LE CLASSEUR DE LIAISON	5
V. SUIVI DES PATIENTS, GRADUATION DES SOINS ET ROLE DE CHAQUE PROFESSIONNEL	6,7,8,9,10
VI. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS.....	11

I. Qu'est ce-que le RESEAU DIABETE 35 ?

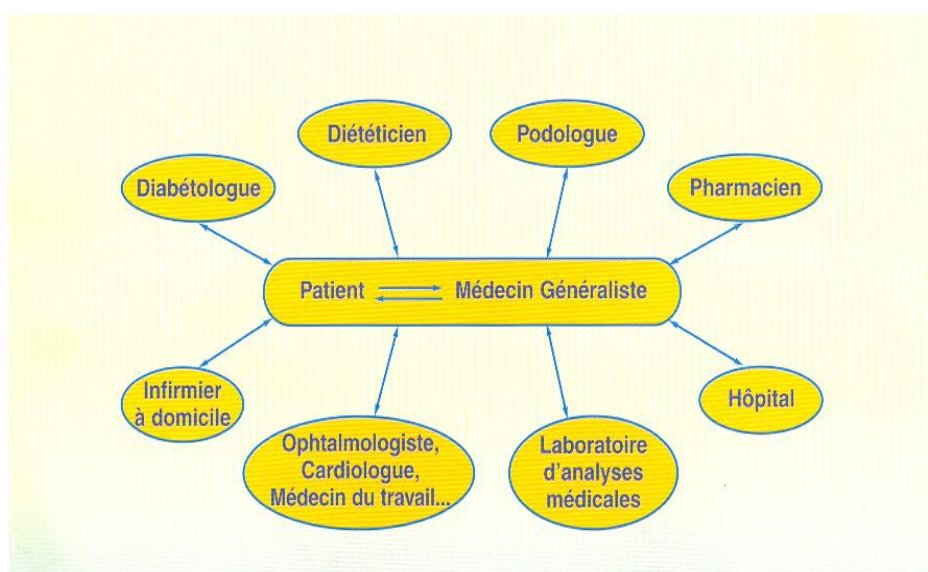
C'est la mise en œuvre d'une collaboration des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers du secteur sanitaire 5 (Ille&Vilaine sauf région de St Malo), qui interviennent dans la prise en charge des patients diabétiques, pour parvenir à :

- ↳ l'accès possible pour tous les patients diabétiques à une éducation thérapeutique,
- ↳ l'amélioration de la prise en charge des diabétiques notamment dans les domaines de la diététique, de la prévention, des soins des lésions des pieds et du recours à l'insulinothérapie,
- ↳ une utilisation optimale de toutes les compétences,
- ↳ une meilleure coordination et cohésion des soins reposant notamment sur l'utilisation d'un dossier commun,
- ↳ des objectifs thérapeutiques communs, clairement définis, fondés sur des références scientifiques validées,
- ↳ une graduation des soins correspondant à l'évolution et à la complexité de la maladie, notamment dans la collaboration médecine de Ville-Hôpital,

Il ne s'agit donc ni d'une « super-structure » ni d'un dispositif contraignant mais de la mise en œuvre d'outils communs et de nouvelles méthodes de travail.

« Le Centre » de ce Réseau est le couple :

Patient – Médecin Généraliste



II. MODALITES D'ADHESION

↳ Pour les patients :

Tout patient diabétique de plus de 18 ans du secteur 5 peut demander à adhérer au Réseau Diabète 35. Il prend contact pour cela avec l'équipe de coordination du Réseau. Lors du 1er rendez vous le fonctionnement du réseau lui est expliqué. Une charte d'adhésion est signée et un classeur de liaison lui est remis. L'adhésion comporte une cotisation annuelle de 2 €, symbolique, mais reflétant son engagement.

Chaque médecin, qu'il soit adhérent ou non du réseau diabète 35, est systématiquement prévenu de l'adhésion de ses patients, et est contacté, soit par courrier, téléphone ou lors d'une rencontre pour mettre en cohérence ses attentes et celles du patient.

Lors de ces échanges, « un plan personnalisé de santé » (PPS) est établi pour l'année.

↳ Pour les professionnels :

Tous les Médecins Généralistes, Médecins Spécialistes (Diabétologues, Ophthalmologistes, Cardiologues...), Infirmières, Pédiatres - Podologues, Diététiciennes, Pharmaciens, Biologistes et Médecins du travail, libéraux et hospitaliers, **exerçant en Ile&Vilaine dans le secteur sanitaire 5** peuvent adhérer au Réseau.

L'adhésion comporte :

- La signature d'une charte, qui matérialise et définit cette adhésion, dans laquelle les professionnels s'engagent à :
 - utiliser les « recommandations de bonne pratique » diffusées par le Réseau,
 - utiliser le classeur de liaison détenu par chaque patient,
 - utiliser et faire parvenir au secrétariat du réseau les fiches de bilan annuel (médecin généraliste),
 - inciter chaque patient adhérent à participer aux séances d'éducation en fonction de ses attentes, et de ses besoins.
- La cotisation annuelle (10 €), qui permet de participer aux votes de l'AG, d'être éligible au CA, de bénéficier de certaines indemnités (groupes de travail, formations de 2 jours) ou rémunérations : forfait insulinothérapie/infirmières. **Le non paiement de la cotisation n'empêche pas la participation au réseau mais elle entraîne la perte des droits ci-dessus.**
- Un accès prioritaire aux formations. Il est fortement souhaité que les professionnels adhérents participent aux formations les concernant.

III. LES SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Au moment de l'adhésion, chaque patient est reçu en entretien par un salarié du réseau spécialisé en éducation thérapeutique pour établir un diagnostic éducatif et définir conjointement un programme éducatif (PPS). Celui-ci peut prendre plusieurs formes en fonction des demandes et des besoins des patients ou en fonction des programmes éducatifs suivis antérieurement (par exemple en milieu hospitalier) :

1- Les séances collectives :

- ↪ Un cycle de 3 séances sur la connaissance de la maladie
 - comprendre le diabète et son traitement
 - alimentation du quotidien
 - suivi du diabète et prévention des complications

- ↪ Un cycle de 3 séances sur la diététique
 - Equilibre alimentaire
 - Courses et lecture des étiquettes
 - Repas exceptionnel et équilibre sur la semaine

- ↪ Des séances à thèmes, reprenant tous les thèmes déjà cités, ainsi que :
 - Surveillance de la glycémie, et hypoglycémie
 - Les soins des pieds

- ↪ Un ensemble de 4 séances pour les diabétiques de type 1, appelé :
Ateliers de mesures glucidiques

- ↪ Un ensemble de 2 séances, pour aider les patients à se motiver pour reprendre une activité physique

Les séances durent 1h30, par groupe de 6 à 10 personnes. Les plannings des séances sont établis par l'équipe de coordination du Réseau en fonction des disponibilités des patients. Les séances sont organisées sur tous les secteurs du secteur sanitaire 5 (Redon, Vitré, Fougères, Montfort, Montauban, Bain de Bretagne, Janzé, Antrain Rennes, ...) dès lors qu'un groupe peut être constitué.

2 – Une journée comprenant :

- table ronde sur le diabète
- atelier cuisine
- technique de l'autocontrôle glycémique
- activité physique (marche)
- conseils podologiques

3 – Deux consultations individuelles de diététique :

Elles sont réalisées exclusivement par les diététicien(ne)s adhérent(e)s du Réseau, dans leur lieu habituel d'exercice (Rennes, Redon, Bain de Bretagne, Janzé, Bruz,...). La prise des rendez vous se fait directement auprès de la diététicienne choisie.

4 – Des groupes de parole :

- Pour les patients diabétiques sans traitement ou sous comprimés
- Pour les patients sous insuline

Ils ont pour thèmes :

- ↻ Vécu du diabète avec l'entourage
- ↻ Vécu du diabète autour de l'alimentation

Ils sont animés par un(e) psychologue.

5 – Des groupes d'activité physique :

Suite au PPS, il est proposé aux patients concernés de contacter des associations travaillant en partenariat avec le réseau. Ces associations proposent des séances animées par un éducateur sportif dans l'objectif de démarrer la reprise d'activités physiques et sportives .

L'ensemble de ces séances d'éducation, individuelles et collectives sont assurées par des professionnels expérimentés et formés à l'éducation, thérapeutique directement rémunérés par le Réseau. Les patients n'ont ainsi pas à payer ces séances. Les inscriptions se font auprès de l'équipe de coordination du réseau (sauf pour les consultations individuelles de diététique et pour les groupes d'activités physiques).

Un bilan éducatif est réalisé à l'issue du programme initial. De nouvelles séances, individuelles ou collectives, peuvent ensuite être proposées, chaque année, à chaque patient, selon ses besoins spécifiques.

IV. LE CLASSEUR DE LIAISON et la fiche de BILAN ANNUEL

a- Le classeur de liaison :

Il s'agit d'un classeur composé :

- d'une part de fiches spécifiques pour chaque professionnel, conçues pour pouvoir être remplies rapidement et mentionner les éléments essentiels d'une consultation ou d'un soin.
- d'autre part de fiches de bilan annuel.

Son rôle est d'être le support du suivi en facilitant :

- l'information du patient et des professionnels,
- la communication entre professionnels,
- l'évaluation des soins du patient et du fonctionnement du réseau.

Il est remis au patient au moment de l'adhésion. Le patient en est ainsi le détenteur et doit ensuite l'apporter à chaque consultation, soin ou hospitalisation. Chaque professionnel remplit la partie qui le concerne.

b- La fiche de bilan annuel

Le classeur comporte également une fiche de bilan annuel, remplie à l'adhésion puis annuellement, conjointement par le patient et le médecin généraliste (notamment à l'occasion de la consultation annuelle approfondie).

C'est un outil d'appui au médecin traitant : simple et résumé, il permet d'évaluer la situation et d'orienter l'éventuel plan personnalisé à mettre en œuvre pour l'année suivante.

Cette fiche est un outil qui a deux objectifs :

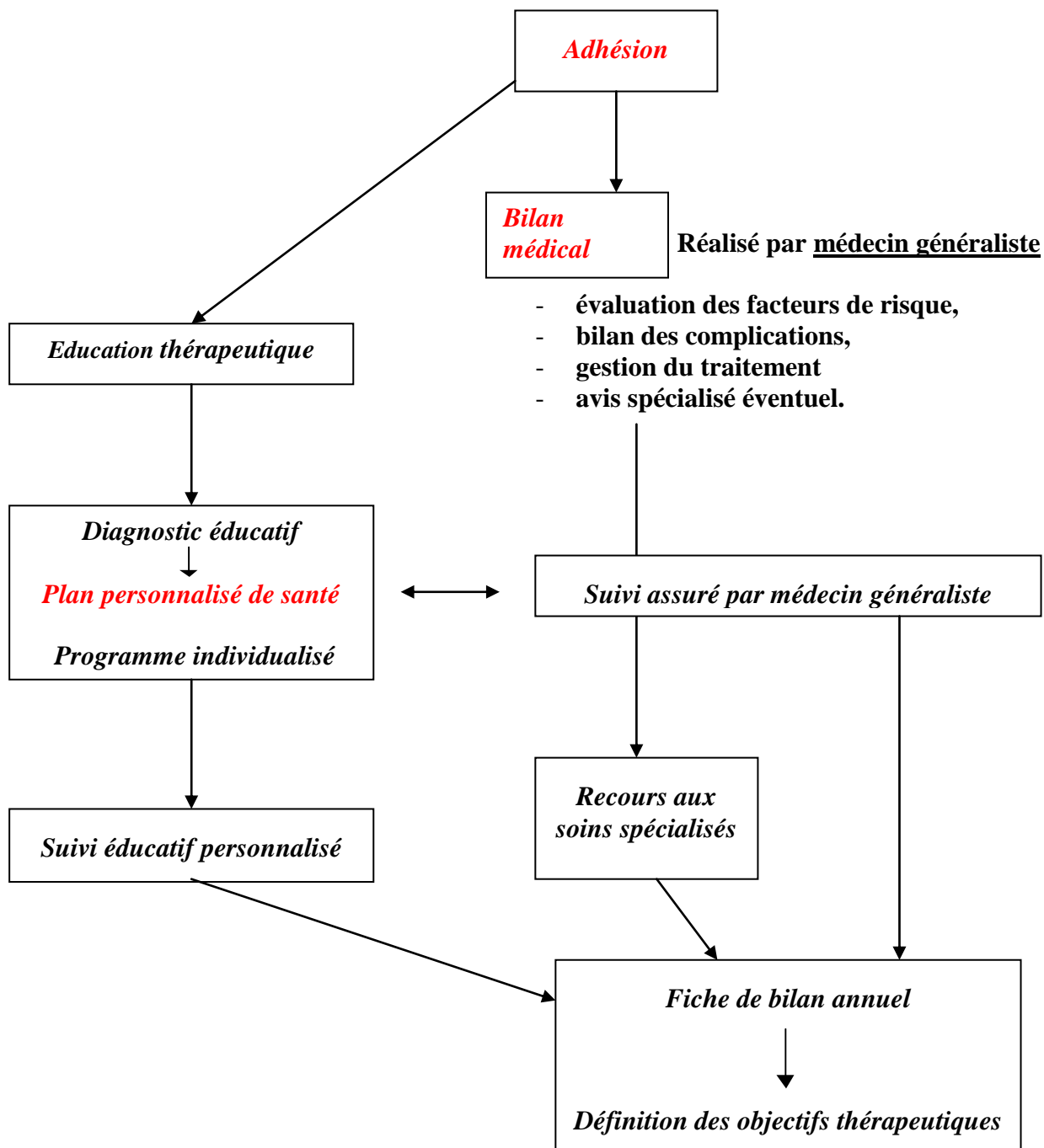
- d'une part un guide pour le suivi en recueillant les différents éléments de la surveillance,
- d'autre part une aide à la décision en établissant les risques prioritaires et les objectifs thérapeutiques de chaque patient.

Chaque fiche remplie, envoyée au secrétariat du réseau, est rémunérée 23 € (forfait de coordination du médecin généraliste) ; elle sera aussi un outil dans le cadre du plan personnalisé de santé

Elle se présente sous forme d'un double feuillet autocopiant. Une fois parvenue au secrétariat du Réseau, les données individuelles sont collectées dans une base de données informatique, et utilisées à des fins d'évaluation en anonymisant ces données.

V. SUIVI DES PATIENTS, GRADUATION DES SOINS ET RÔLE DE CHAQUE PROFESSIONNEL

SUIVI DU PATIENT DANS LE RESEAU



1) **L'entrée dans le réseau et/ou la découverte du diabète**

Le médecin généraliste prend en charge :

- l'annonce de la maladie, des modalités de surveillance et de traitement s'il s'agit d'une découverte,
- le bilan initial comprenant la recherche ou l'évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires et d'éventuelles complications du diabète, et le recueil de ces données sur la fiche de bilan annuel du dossier médical partagé,
- la programmation du suivi et l'instauration éventuelle d'une auto surveillance glycémique (avec l'aide de l'infirmière pour l'éducation du patient),
- la mise en route ou la réévaluation du traitement s'il y a lieu, et le recours au diabétologue si la situation est d'emblée urgente et/ou compliquée.

2) **Le suivi par le médecin généraliste**

Le suivi de base défini à partir des références scientifiques:

- Au minimum une consultation trimestrielle avec dosage de l'HbA_{1C}, mesure du poids et de la PA (le rythme des consultations sera défini en fonction de la situation de chaque patient, celui-ci devant assurément être augmenté à l'annonce de la maladie, en période de déséquilibre ou de difficultés...),
- Un bilan annuel des complications et des facteurs de risque (examen des pieds, fond d'œil, paramètres lipidiques, fonctionnement rénal, ECG,...) dont les résultats sont notés sur la fiche de bilan annuel du dossier médical partagé et aboutissent à définir les risques prioritaires du patient et les objectifs thérapeutiques.
- Instauration d'une insulinothérapie basale associée au traitement oral peut se faire en ambulatoire par le médecin généraliste si les conditions d'un bon apprentissage sont réunies) Un forfait infirmier d'éducation pour la mise à l'insuline basale, est actuellement proposé à titre expérimental par le réseau Diabète (cf paragraphe « soins infirmiers »)

3) **Le recours au diabétologue (libéral ou hospitalier)**

Il est souhaitable, en cas :

- d'échec thérapeutique : non-atteinte des objectifs, et impérativement si HbA_{1C} \geq 8%, sur une période de \geq 6 mois, malgré les modifications thérapeutiques appropriées,
- de difficultés d'éducation ou d'acceptation,
- de découverte ou d'aggravation de complications,
- de mise en route ou de modification de l'insulinothérapie

4) **Les soins podologiques** :

L'examen annuel effectué par le médecin généraliste permet de définir le niveau de risque (gradation) et de détecter d'éventuelles lésions.

- dès le diagnostic de lésions, le patient est adressé au pédicure-podologue pour évaluation et mise en route d'un programme de soins, éventuellement en collaboration avec l'infirmière,
- en cas de plaies ou de lésions graves, il est souhaitable que le patient soit pris en charge par un centre de référence multidisciplinaire hospitalier (CDIAP du service de diabétologie du CHU de Rennes),
- les patients à risque élevé, grades 2 et 3 bénéficient respectivement d'un forfait annuel de 4 ou 6 séances de soins selon le grade. Ce forfait annuel est pris en charge financièrement par l'Assurance maladie (prescription sur ordonnance ALD par le médecin, soins par pédicure-podologue **conventionné et agréé**, c'est à dire spécifiquement formé),
- pour les patients grade 0 et 1, si des soins podologiques sont nécessaires, il est souhaitable qu'une prescription médicale et des feuilles de soins soient établies, d'une part pour valoriser cette activité auprès de l'Assurance Maladie, d'autre part pour permettre à certains patients d'obtenir un remboursement complémentaire de leur mutuelle.

5) **La Diététique** :

Chaque patient peut bénéficier de deux consultations individuelles et de trois séances collectives d'éducation nutritionnelle. Les deux consultations individuelles permettent la prescription d'un programme alimentaire personnalisé. Au delà de ces séances initiales, les patients peuvent bénéficier d'une consultation ou **d'une** séance collective supplémentaire annuelle, également prise en charge financièrement par le Réseau.

6) **Les soins infirmiers** :

- les soins à domicile : ils concernent les soins des plaies des pieds, en collaboration avec le pédicure- podologue et/ou le Centre Hospitalier de référence et l'insulinothérapie (personnes âgées non autonomes surtout).
- l'éducation : les infirmières libérales qui le souhaitent peuvent bénéficier d'une formation spécifique à l'éducation thérapeutique (sensibilisation de deux jours) complétée d'une formation de formateur (de cinq jours) et réaliser ensuite des séances d'éducation.
- l'instauration d'une insulinothérapie en ambulatoire. Il s'agit de l'éducation des patients diabétiques de type 2 pour l'instauration d'une insulinothérapie basale associée au traitement oral. Un forfait infirmier d'éducation est actuellement proposé à titre expérimental. Il permet à un(e) infirmier(e) spécialement formé(e) d'être rémunéré(e) pour 5 séances d'une ½ heure auprès du patient. Ces séances ont pour but de lui apprendre à faire les injections et à adapter les doses d'insuline.

7) **L'action des pharmaciens**

Elle concerne :

- l'information : messages de prévention, existence et fonctionnement du Réseau,

- le dépistage,
- les conseils d'utilisation des traitements et du matériel (injections, auto surveillance).

8) Les médecins du travail

Ils participent au dépistage du diabète et sont informés de l'évolution des patients par l'intermédiaire du classeur de liaison.

9) Les autres médecins spécialistes

Les médecins spécialistes consultés ne sont pas obligatoirement adhérents du Réseau. Il leur est néanmoins demandé de bien vouloir renseigner le classeur de liaison

L'ophtalmologiste : le dépistage de la rétinopathie par un examen systématique annuel du fond d'œil (ou par rétinographie) doit être réalisé. la prescription éventuelle d'explorations complémentaires (angiographie rétinienne notamment) et la réalisation de traitement spécifique (laser, chirurgie de cataracte, traitement de l'hypertonie oculaire...) doit être signalée.

- Le cardiologue : l'ECG annuel de repos doit être réalisé. Le dépistage et le traitement de la cardiopathie ischémique et le traitement des HTA sévères nécessitent obligatoirement le concours du cardiologue.

10) L'hospitalisation

Hôpital de jour, de semaine et hospitalisation traditionnelle permettent de répondre aux différentes situations d'urgence, de complexité ou de gravité :

- Urgences métaboliques,
- modification et instauration d'insulinothérapie,
- éducation approfondie notamment pour les patients insulinotraités,
- pompe à insuline,
- diabète instable, holter glycémique,
- lésions graves et plaies de pieds,
- prise en charge des complications sévères.

Un des objectifs du Réseau est aussi de favoriser et d'améliorer la prise en charge des diabétiques dans les services de médecine des hôpitaux de Redon, Fougères et Vitré,... de façon à faciliter les soins de proximité et éviter des transferts vers les services spécialisés de diabétologie notamment celui du CHU. De même, la prise en charge des diabétiques dans les autres secteurs d'hospitalisation (médecine ou chirurgie) publiques et privés doit être améliorée. Pour toutes ces actions réparties sur l'ensemble du département, le réseau a signé des conventions avec certains hôpitaux.

11) Les Biologistes

Ils ont la responsabilité d'utiliser une méthode de dosage fiable et spécifique de l'HbA_{1c} (méthodes certifiées NGSP/DCCT) et de la microalbuminurie, selon les recommandations scientifiques.

VI. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Elle comprend :

- 1) Deux journées consécutives, multidisciplinaires, regroupant toutes les catégories professionnelles, abordant les thèmes suivants:
 - Diagnostic et annonce du diabète,
 - suivi du patient diabétique,
 - dépistage et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires,
 - dépistage et traitement des complications du diabète,
 - prise en charge diététique,
 - traitement médicamenteux et insulinothérapie,
 - pied diabétique,
 - travail en réseau.

- 2) Deux journées sur l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique, qui permettent de s'ouvrir à la démarche éducative, et abordant les thèmes suivants :
 - Etapes d'acceptation de la maladie
 - Mécanismes d'apprentissage
 - Différents modes relationnels soignant/soigné
 - Techniques de communication
 - Comment intégrer l'éducation thérapeutique dans la pratique quotidienne.

- 3) Des journées sur les thèmes suivants :
 - L'insuline sous toutes ses formes
 - Actualisation des nouveaux traitements du diabète type 2
 - La diététique approfondie

- 4) Une demi-journée sur le pied diabétique, plaies et cicatrisation, abordant :
 - les spécificités des plaies du pied diabétique
 - Les traitements
 - Les circuits de prise en charge .

- 5) Des soirées sur les thèmes suivants :
 - Instauration d'une insulinothérapie basale en ambulatoire, en association au traitement oral, chez les diabétiques de type 2,
 - Matériel d'auto surveillance et d'injection,
 - Prise en charge des lésions podologiques.

L'inscription aux différentes formations se fait auprès de l'équipe de coordination du Réseau.

Les formations sont indemnisées pour tous les professionnels de santé.

Plan d'accès au RESEAU DIABETE 35

2, rue du Bignon à Rennes - Bât 3

Au rez-de-chaussée

