



# *livret d'information aux professionnels*

4A, rue du Bignon

35000 RENNES

☎ 02.23.35.49.81 - 📠 02.23.30.86.53

email : [reseaudiabete35@orange.fr](mailto:reseaudiabete35@orange.fr)

site : [www.reseaudiabete35.com](http://www.reseaudiabete35.com)

# 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 DOSSIER MEDICAL « partagé ».....	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 ?

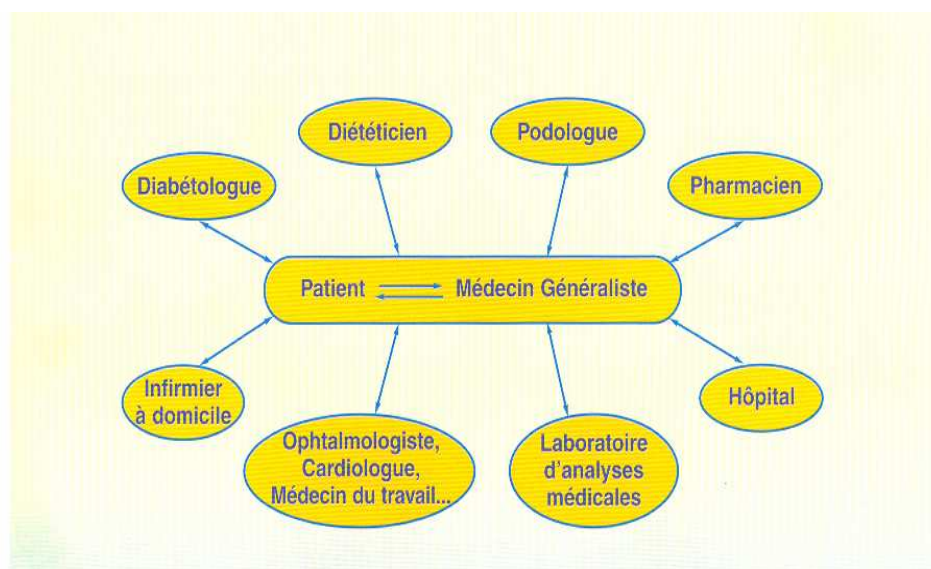
C'est la mise en œuvre d'une collaboration des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers d'Ille&Vilaine, qui interviennent dans la prise en charge des patients diabétiques, pour parvenir à :

- ☞ l'accès de 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 et 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 de nouveaux outils 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 soigné en Ille et Vilaine peut demander à adhérer au Réseau Diabète 35.** Il prend contact pour cela avec l'équipe de coordination du Réseau. Le fonctionnement du réseau lui est expliqué. Une charte d'adhésion est signée et un dossier médical (petit classeur) lui est remis. L'adhésion comporte une cotisation annuelle de 2 €, symbolique, mais reflétant son engagement.

Même s'il est souhaitable que son médecin traitant soit également adhérent du réseau, ceci n'est pas obligatoire. Chaque médecin est systématiquement prévenu de l'adhésion de ses patients.

### ☞ Pour les professionnels :

Tous les Médecins Généralistes, Médecins Spécialistes (Diabétologues, Ophtalmologistes, Cardiologues...), Infirmières, Podologues, Diététiciennes, Pharmaciens, Biologistes et Médecin du travail libéraux et hospitaliers, **exerçant en Ille&Vilaine** 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 :
  - participer aux formations proposées,
  - utiliser les « recommandations de bonne pratique » diffusées dans le Réseau,
  - utiliser le dossier médical commun 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.
- 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, forfait de coordination pour les MG, formations de 2 jours) ou rémunérations (forfait de podologie, et bientôt 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.

### **III. LES SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

Au moment de l'adhésion, chaque patient est reçu en entretien par une infirmière spécialisée en éducation pour établir un diagnostic éducatif et définir conjointement un programme éducatif. 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 – Un ensemble de 7 séances collectives réparties sur quelques semaines, dont les thèmes sont :

- Diététique (3 séances),
- comprendre le diabète et son traitement,
- auto surveillance glycémique et hypoglycémie,
- dépistage et traitement des complications,
- prévention et soins podologiques.

Les séances durent 1h30, par groupe de 6 à 10 personnes. Le planning des séances est établi par l'équipe de coordination du Réseau. Les patients s'inscrivent auprès d'elle ou sont sollicités pour le faire. Les séances sont organisées sur tous les secteurs du département (Redon, Vitré, Fougères, Saint-Malo, 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, Saint Malo, Redon, Bain de Bretagne, Janzé, Bruz,... ). La prise des rendez vous se fait directement auprès de la diététicienne choisie.

4 – Des groupes de parole :

Ils sont proposés aux patients en difficulté et sont animés par un(e) psychologue.

#### **5 – Des groupes d'activité physique :**

Animés par un éducateur sportif, ils sont proposés, **après un entretien individuel**, aux patients sédentaires et/ou obèses, 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, 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).

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

#### **IV. LE DOSSIER MEDICAL « partagé » et la fiche de BILAN ANNUEL**

##### **a- Le dossier médical partagé**

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. Si nécessaire, chaque professionnel dispose de fiches complémentaires.

##### **b- La fiche de bilan annuel**

Le dossier 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).

Cette fiche est un outil qui a deux objectifs :

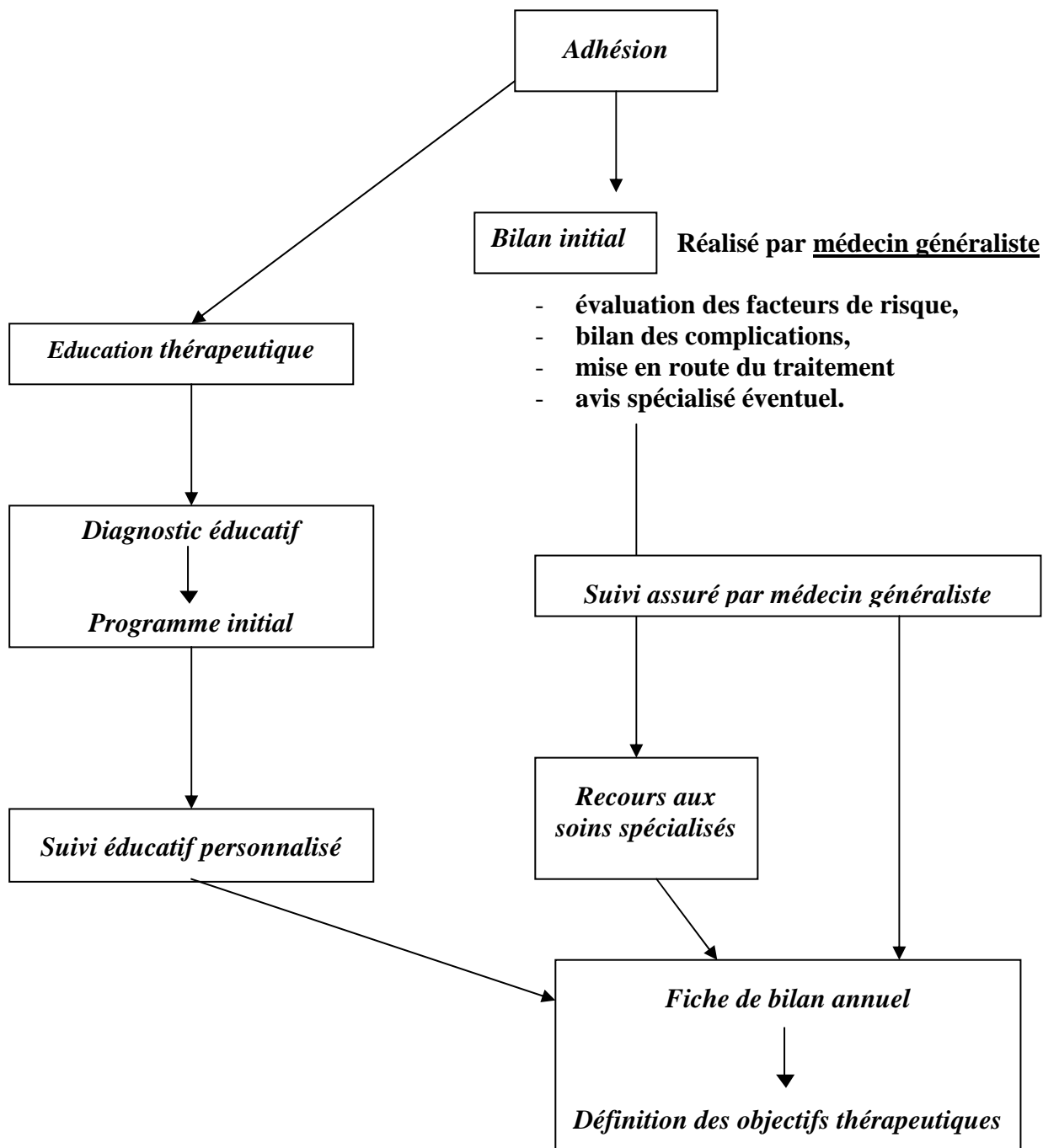
- d'une part un guide pour le suivi en recueillant les différents éléments de la surveillance,
- d'autre part une aide à la décision en établissant les risques prioritaires et les objectifs thérapeutiques de chaque patient.

Chaque fiche remplie, envoyée au secrétariat du réseau, est rémunérée 20 € (forfait de coordination du médecin généraliste) ; elle sera aussi un outil de validation dans le cadre de l'EPP.

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. Les résultats globaux sont communiqués annuellement aux adhérents, permettant ainsi de développer une démarche d'amélioration des pratiques.

## 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 d'entrée du dossier médical partagé,
- la programmation du suivi et l'instauration éventuelle d'une auto surveillance glycémique (avec l'aide de l'infirmière ou du pharmacien 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 par les recommandations de l'ANAES, comporte :

- Au minimum une consultation trimestrielle avec dosage de l'HbA<sub>1C</sub>, 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.

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

Il est souhaitable, en cas :

- d'échec thérapeutique : non-atteinte des objectifs, et impérativement si HbA<sub>1C</sub>  $\geq$  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 dans la plupart des cas (la mise en route d'une insulinothérapie basale associée au traitement oral peut se faire en ambulatoire si les conditions d'un bon apprentissage sont réunies)

### 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 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, le patient sera pris en charge par un centre de référence multidisciplinaire hospitalier (le CDIAP du service de diabétologie du CHU de Rennes),
- les patients à risque élevé (grades 2 et 3) bénéficient 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 (médecin prescripteur sur ordonnance ALD, 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 aux 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 supplémentaires annuelles, également prises en charge financièrement par le Réseau.

## 6) Les soins infirmiers :

- les soins à domicile : ils concernent les soins des lésions et des plaies des pieds, en collaboration avec le podologue et/ou le Centre Hospitalier de référence et l'insulinothérapie (personnes âgées non autonomes surtout, mise en route ambulatoire éventuellement).
- l'éducation : les infirmières libérales qui le souhaitent peuvent bénéficier d'une formation spécifique à l'éducation et réaliser ensuite des séances d'éducation.
- l'instauration d'une insulinothérapie en ambulatoire :
  - éducation des patients diabétiques de type 2 pour l'instauration d'une insulinothérapie basale associée au traitement oral.
  - prise en charge de patients âgés non autonomes.

## 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 d'une fiche de liaison et/ou du dossier médical.

## 9) Les autres médecins spécialistes

Les médecins spécialistes consultés ne sont pas obligatoirement adhérents du Réseau. Il leur est néanmoins demandé de bien vouloir utiliser le dossier médical partagé.

- L'ophtalmologiste : le dépistage de la rétinopathie par un examen systématique annuel du fond d'œil peut être effectué par rétinographie (centre de dépistage actuellement basé au centre d'examen de santé de la CPAM, dalle du Colombier) ; en cas d'anomalie (ou de résultat ininterprétable), le patient est invité à consulter l'ophtalmologiste pour la poursuite de la surveillance, la prescription éventuelle d'explorations complémentaires (angiographie rétinienne notamment) et la réalisation des traitements spécifiques (laser, chirurgie de cataracte, traitement de l'hypertonie oculaire...)
- Le cardiologue : l'ECG annuel de repos préconisé par l'ANAES est réalisé, dans la mesure du possible, le plus souvent par le médecin généraliste, de façon à ne pas surcharger les consultations de cardiologie. Par contre, le dépistage et le traitement de la cardiopathie ischémique et le traitement des HTA sévères nécessitent 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 demande la création d'un poste de Praticien Hospitalier Spécialisé en diabétologie, multisite, partagé par l'ensemble des établissements du département, où pourront ainsi être organisés des consultations et demandes d'avis spécialisés pour les patients hospitalisés et relevant de ces secteurs géographiques.

## 11) Les Biologistes

Ils ont la responsabilité d'utiliser une méthode de dosage fiable et spécifique de l'HbA<sub>1c</sub> (méthodes certifiées NGSP/DCCT) et de la microalbuminurie, selon les recommandations de l'AFSSAPS.

## **VI. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS**

Elle comprend :

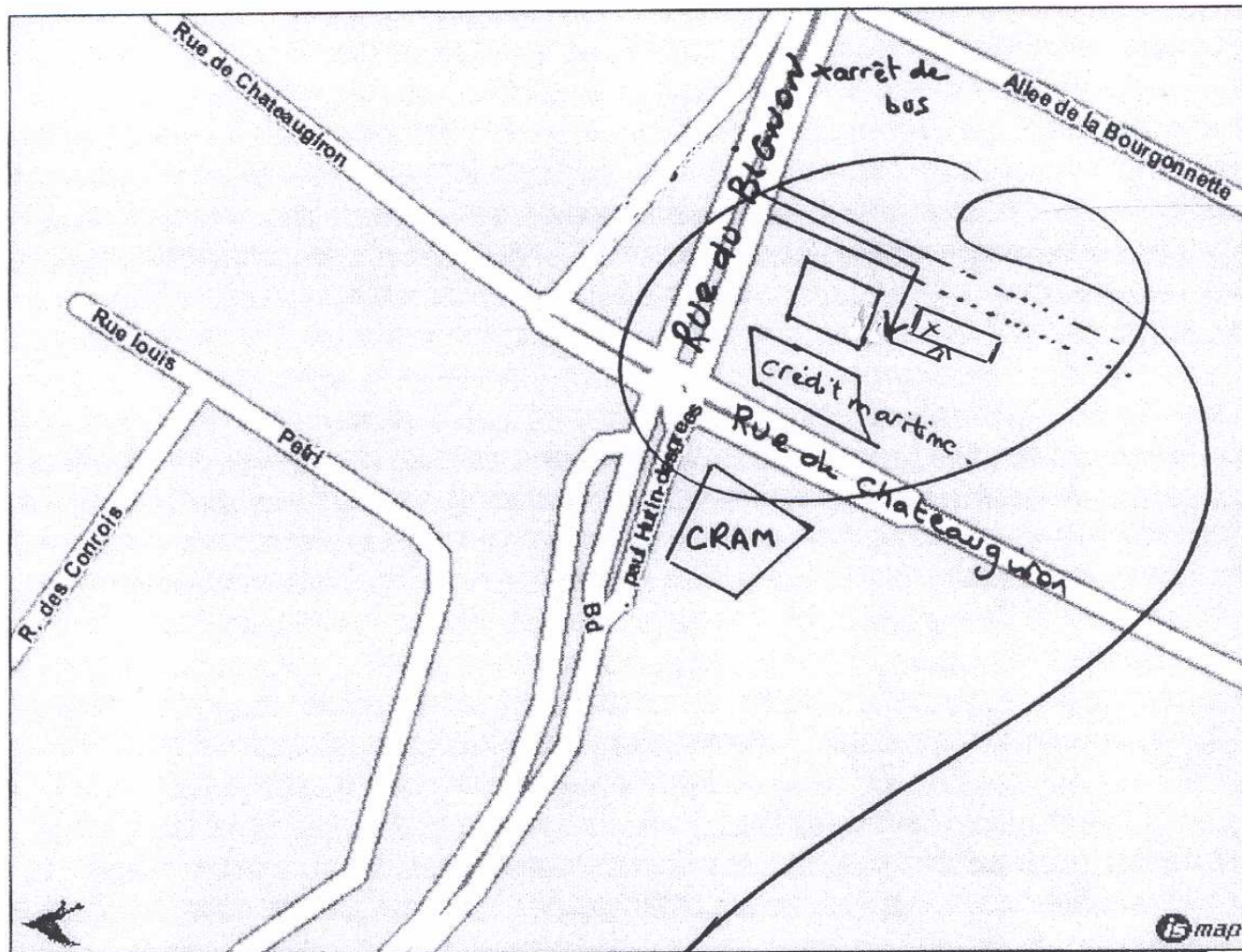
- 1) Deux journées consécutives, multidisciplinaires, regroupant toutes les catégories professionnelles, abordant les thèmes suivant :
  - Diagnostic et annonce du diabète,
  - suivi du patient diabétique,
  - dépistage et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires,
  - dépistage et traitement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

Le coût des deux journées de formation est intégralement pris en charge par le Réseau et les fonds de formation de chaque profession. Chaque professionnel reçoit une indemnité forfaitaire par journée de formation (152.45 € pour les professions paramédicales et 15 C/jour pour les médecins).

- 2) Des soirées sur les thèmes suivants :
  - Protocoles d'insulinothérapie et schémas d'adaptation des doses d'insuline,
  - 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.
- 3) Une demi-journée sur les soins des plaies et lésions graves des pieds (cette formation s'adresse surtout aux podologues, infirmières et médecins qui souhaitent s'investir dans cette prise en charge spécialisée)

L'inscription aux différentes formations se fait auprès de l'infirmière coordinatrice du Réseau.

# Plan d'Accès



## RESEAU DIABETE 35

MAISON DU DIABETE

ADIV

4A, rue du Bignon  
35000 RENNES

(entrée par l'arrière du bâtiment)

☎ 02.23.35.49.81 - 📠 02.23.30.86.53

email : [reseau.diabete35@wanadoo.fr](mailto:reseau.diabete35@wanadoo.fr)