



PRESENTATION SYNTHETIQUE  
DU RESEAU  
POUR LA PRISE EN CHARGE DES DIABETIQUES

*Paris Diabète 16 bis rue Lauzin –75019 PARIS  
tél : 01.45.45.46.56 - fax : 01.45.45.46.27 – portable : 06 20 07 11 27  
mail : paris.diabete@wanadoo*

## **PREAMBULE**

Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques de Paris, l'Association Paris Diabète a élaboré un Réseau Ville-Hôpital. Cette initiative se fonde sur un double constat :

- l'évolution préoccupante de cette pathologie, nécessitant une amélioration de sa prise en charge,
- L'insuffisance de la coordination des acteurs médicaux et para-médicaux concernés, préjudiciable aux patients et inutilement coûteuse pour la société.

Ce réseau se caractérise par la complémentarité des prestations offertes par les professionnels de ville et les services hospitaliers ayant à intervenir dans ce domaine.

Il se réfère d'une part à l'article L. 162.31.1 du Code de la Sécurité Sociale et à l'article L. 6121-5 (ex 712.3.2) du Code de la Santé Publique, d'autre part aux circulaires ministérielles de 1997 et 1999 relatives au diabète et au développement des réseaux de soins et aux décrets n°2002-1298 du 25.10.2002 et 2002-1463 du 17 décembre 2002.

## **LE PROMOTEUR**

L'Association Paris Diabète, association régie par la Loi de 1901, fondée en janvier 2001, regroupe des professionnels, libéraux et hospitaliers, médecins et professionnels paramédicaux, ainsi que l'Association Française des Diabétiques.

*« L'association a pour objet de favoriser et de mener toute action visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de diabète, notamment par la création d'un réseau de soins destiné aux usagers des structures de soins de Paris. »*

L'association effectue toute démarche destinée à la réalisation de ce projet :

- analyse des besoins
- conception du projet
- adhésion des professionnels
- validation du projet
- financement et mise en œuvre

Le réseau a reçu un avis favorable du Comité Régional des Réseaux d'Ile de France en novembre 2001. Il a obtenu en mars 2003 un premier financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), pour une durée de 1 an à compter de juillet 2003.

Il a ensuite obtenu un financement pérenne par le comité régional des réseaux (CRR), en novembre 2004, pour trois ans : jusqu'en Avril 2008. Ce financement couvre les frais de fonctionnement, de formation des professionnels et les rémunérations spécifiques.

Le réseau s'adressait initialement aux diabétiques de type 2, et a élargi ses prestations aux diabétiques parisiens dans leur ensemble, à la suite d'un vote en Assemblée Générale de Juin 2005.

## **PRESENTATION DU PROJET**

### **1. PHILOSOPHIE GENERALE**

Par ce projet, l'association Paris Diabète vise à obtenir une amélioration très significative de la prise en charge des diabétiques, notamment grâce à une coordination des acteurs de soins, à une offre de soins adaptée aux besoins et à la mise en place d'une éducation thérapeutique pluri-professionnelle.

En particulier, le développement d'activités coordonnées en pratique de ville est de nature à démultiplier et diversifier l'offre de soins et à réduire la charge du secteur hospitalier.

### **2. BUT DU RESEAU**

Il est d'**améliorer le sort des diabétiques** par les professionnels de santé parisiens, médicaux et para-médicaux, grâce à :

- une coordination organisée
- le respect vigilant des règles de suivi et de traitement, incluant les facteurs de risque cardio-vasculaire
- un développement de l'éducation thérapeutique depuis le début de la maladie, en favorisant la participation du malade lui-même à la gestion de sa maladie et de son traitement

Cette amélioration devrait entraîner à court terme, une amélioration des paramètres intermédiaires (hémoglobine A1C, pression artérielle, lipides, tabagisme...), à moyen terme (3 à 5 ans) une diminution des hospitalisations et des arrêts de travail dus au diabète, à long terme (5 à 10 ans) une diminution des complications de 30 à 50 % et une baisse des dépenses liées à celles-ci.

### **3. LES POINTS FORTS DU RESEAU**

#### **Un meilleur accès aux soins des diabétiques**

Une orientation pertinente des patients, selon leur niveau de besoins, en fonction des compétences respectives des différents acteurs professionnels, est susceptible d'améliorer le service rendu. En particulier :

##### **- Accès aux prestations para-médicales**

Le réseau permet la mise à disposition des patients des prestations para-médicales auxquelles ils n'ont pas accès pour la plupart, faute de remboursement (diététicien, pédicure-podologue, suivi infirmier, ...).

##### **- Accès à l'éducation thérapeutique**

Cette éducation thérapeutique doit pouvoir, grâce au réseau, être proposée et réalisée au plus près des lieux de vie, soit sur le mode individuel, soit sur le mode collectif.

##### **- Accès au dépistage des rétinopathies**

L'association 'Alice 75' met un rétinographe à la disposition des médecins adhérents du réseau. Leurs patients pourront bénéficier d'un rétinogramme sur prescription médicale.

**L'optimisation thérapeutique** s'appuie sur les éléments suivants, validés par différentes études :

- une prise en compte de l'ensemble des facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- l'éducation à la diététique et la pratique de l'exercice physique ;
- les principes de traitement : recours plus fréquent à la bi-thérapie, voire aux tri-thérapies hypoglycémiantes ; si nécessaire, le recours plus précoce, avant les complications graves, à des schémas optimisés d'insulinothérapie ;
- la participation des patients aux prises de décision thérapeutique les concernant ;
- la formation à l'auto-surveillance et à l'auto-contrôle glycémique.

L'ensemble de ces dispositions sera soutenu par un plan de formation des membres du réseau, l'informatisation progressive du réseau, ainsi que les procédures d'évaluation de l'ensemble de l'activité.

#### **4. ACTEURS ET PARTENAIRES**

##### **Professionnels concernés**

Il s'agit d'une part des acteurs proprement dits du réseau :

- professionnels libéraux : médecins généralistes, endocrinologues, dentistes, infirmiers, diététiciens, pédicures-podologues ;
- membres médicaux et paramédicaux des équipes hospitalières de diabétologie de l'AP-HP (Bichat, Hôtel-Dieu, Pitié-Salpêtrière, Saint-Louis, G.Pompidou, Lariboisière) et de l'hôpital Saint-Joseph ; ces services sont liés au réseau par conventions.

Les services hospitaliers apportent au réseau :

- des consultations diététiques, infirmières, pédicuro-podologiques ou psychologiques,
- la prise en charge spécifique des malades ayant des complications graves,
- des hospitalisations de jour et de semaine, offrant une éducation thérapeutique.

D'autre part, tout professionnel de cardiologie, ophtalmologie, néphrologie, neurologie, dermatologie concerné par cette pathologie, peut devenir acteur ou correspondant du réseau. S'y adjoindront également des laboratoires de biologie, des pharmaciens, des psychologues et des assistants sociaux.

Chacun des professionnels libéraux désirant participer aux activités de ce réseau souscrira un engagement précis, en contre-partie duquel il sera rémunéré pour l'ensemble des tâches spécifiques au réseau non prises en compte dans les nomenclatures professionnelles.

##### **Partenaires associatifs**

- l'Association Française des Diabétiques
- L'Ancred
- Le CNR (Coordination Nationale des Réseaux)
- Les réseaux de santé partenaires : Paris Nord, Rive Gauche, groupe EFIDES , CNR, Diabète 92, Revediab....
- l'Association APaD (branche parisienne de l'AFD) que nous accueillons dans nos locaux en Septembre 2005.
- Les Points Paris Emeraude

### **Partenaires techniques**

- pour l'évaluation, la Société CEMKA-EVAL, spécialisée dans les évaluations médicale, médico-sociale et de santé publique
- pour la base de données, la société A DE COM - ANTALIS

### **Partenaires institutionnels sollicités**

- la Municipalité de Paris,
- la FNMF et les régimes complémentaires
- l'industrie pharmaceutique
- AG2R

## **5. CONTENU DU PROJET**

Le Réseau Paris Diabète se propose de mettre à la disposition des patients - dans le respect de leur libre choix - des modalités de prise en charge selon un objectif double, médical et éducatif.

De façon générale, la priorité sera de faire porter les efforts en amont des complications. Dans ce but, seront proposés aux patients :

- o d'une part, un *suivi médical programmé*, en rapport avec le degré de leur maladie ; le réseau met à la disposition des patients des prestations para-médicales auxquelles, pour la plupart, ils n'ont pas accès faute de remboursement (diététicien, pédicure-podologue, psychologue) ;
- o d'autre part, des *prestations de nature préventive et éducative*.

### **5.1. Inclusion des patients**

Chaque patient à qui il est proposé de bénéficier des prestations du réseau est dûment informé des modalités de fonctionnement, ce qui lui permet d'exercer son libre choix et de manifester son adhésion par écrit. Il bénéficie d'une garantie de qualité, liée d'une part à l'existence de référentiels de soins, d'autre part à la coordination des interventions des différents professionnels et équipes de soins concernées.

Il lui est demandé de recourir prioritairement au « médecin responsable de son suivi » pour circuler dans le système de soins (en particulier dans le réseau) et de façon générale – sauf urgence - aux professionnels du réseau ou à ses correspondants pour tout besoin en rapport avec le diabète. Il doit également accepter de participer à une évaluation périodique, sous forme de questionnaires portant sur le degré de satisfaction de la prise en charge, l'évaluation de la qualité de vie, les problèmes d'observance.

### **5.2. Parcours des patients**

Chaque patient, aux différents moments de l'évolution de sa maladie, se voit proposer un projet thérapeutique et éducatif personnalisé par un médecin spécifiquement chargé de son suivi, ou le cas échéant dans le cadre d'un co-suivi. La précocité des interventions est un facteur indispensable à la prévention des complications.

Ce projet est décliné en fonction de l'état de chaque patient, évalué schématiquement à trois niveaux :

a) *Le diabétique de type 2 dont la situation est bien maîtrisée* (complications absentes ou minimales et stables, sans insuline pluri-quotidienne).

b) *Le diabétique ayant des complications dites modérées* (débutantes ou évolutives) et/ou dont les paramètres de référence sont mal maîtrisés (HbA1c, PA, lipides, poids,...).

c) *Le diabétique ayant des complications graves évolutives*, ou un schéma insulinique à multiples injections.

### Circuit court

En cas de nécessité d'avis spécialisé immédiat, le médecin chargé du suivi du patient (ou à défaut, l'infirmier) pourra bénéficier d'un moyen de contact à court terme avec le médecin correspondant ou le service recherché, soit par l'intermédiaire de la coordination du réseau, soit par l'accès à un numéro téléphonique dédié dans l'un ou l'autre des services hospitaliers.

Un accès privilégié des patients aux consultations hospitalières sera organisé, notamment en cas d'urgence (plaie du pied, baisse brutale de l'acuité visuelle ou toute autre complication aiguë).

### Hospitalisation

Outre les hospitalisations à visée éducative ou de bilan (hôpital de jour ou de semaine), les services seront sollicités pour hospitalisation en cas de complications majeures (dont les lésions du pied), d'urgences, d'explorations spécifiques (rein, cœur, injections iodées, ...), d'échecs de l'insulinothérapie et, le cas échéant, de pathologies surajoutées.

Les protocoles de prise en charge stipulent un retour systématique au médecin traitant de ville.

## **6. ORGANISATION STRUCTURELLE DU RESEAU**

Les acteurs de soins primaires et spécialistes de ville constituent le premier niveau de coordination autour du patient, basé sur l'information réciproque, si besoin par des « mini-staffs », avec bilans périodiques de suivi.

Le principal apport de ce projet en termes d'organisation est la constitution, à terme, d'un « maillage » *des professionnels de ville* des disciplines concernées, dont la structure est constituée d'unités locales regroupant chacune un petit nombre d'arrondissements de la capitale. Ces pôles constituent le deuxième niveau de coordination du réseau.

Trois pôles sont envisagés. Schématiquement, il s'agit de Paris Nord, Paris Nord-Est et Paris Rive Gauche. Ils seront dotés chacun d'une équipe de coordination ou « groupe pilote », qui auront pour rôle de développer les liens entre les professionnels libéraux, d'organiser les formations et diverses réunions de ces professionnels, d'établir des liens avec certaines professions de leur secteur, tels les biologistes et les pharmaciens.

Tout groupe professionnel constitué indépendamment des pôles ci-dessus, dont les objectifs convergeraient avec ceux du réseau, pourra s'il le demande faire partie du réseau. Son intégration se fera sur un mode contractuel, en veillant à respecter son identité propre.

Chaque pôle pourra établir des relations avec une ou plusieurs unités hospitalières de diabétologie, selon des orientations de celles-ci et leur proximité géographique ; mais *il n'existe pas de lien structurel d'un pôle à une unité hospitalière donnée*, ne serait-ce qu'en raison de l'implantation des divers hôpitaux.

Le troisième niveau de coordination du réseau est constitué par une unité centrale de coordination, située en ville, dont le rôle essentiel est le développement et la régulation du dispositif.

Notamment, elle relie les différents pôles, recueille les inclusions des patients et les relevés d'activité pour constituer les diverses données destinées à l'évaluation. Elle recueille également les bilans d'activité des services hospitaliers concernant les prises en charge des patients inclus dans le réseau. Enfin, elle gère la base de données et, le cas échéant, le site informatique du réseau et veille à l'adaptation des différents outils et moyens nécessaires au réseau.

La coordination est assurée par un binôme composé d'une directrice administrative à temps plein et d'un médecin coordinateur à mi-temps, assisté de deux secrétaires à mi-temps.

## 7. FONCTIONNEMENT DU RESEAU

<b>Rôles des professionnels</b>		
<b>Schéma de prise en charge</b>		<b>Modalités</b>
1. Inclusion du patient		Accord écrit du patient Fiche d'inclusion Remise du cahier de liaison
2. Bilan d'entrée Analyse du parcours Evaluation des risques		Check-list Fiche bilan
3. Détermination des objectifs prioritaires, thérapeutiques et éducatifs		Négociation médecin-patient
4. <i>Selon les objectifs déterminés :</i>		
Complément de bilan :	Envoi à un membre ou à un correspondant du réseau :	
- biologie	- Diabétologue.....	} Bilan approfondi et/ou co-suivi
- examen technique	- Infirmier.....	} Soins, suivi infirmier
- ...	- Diététicien .....	} Bilan spécifique et/ou prise en charge
	- Pédicure-podologue .....	} Bilan spécifique et/ou prise en charge
	- Spécialiste médical .....	} Bilan spécifique
	- Service hospitalier .....	} Journée(s) éducative(s) ou hospitalisation
	- ultérieurement, Cycles éducatifs collectifs en ville	
5. Suivi et coordination		Cahier de liaison, fiches bilan, staffs, synthèses
6. Bilan annuel : nouvelle évaluation des risques, nouveaux objectifs (retour au point 3)		Check-list Fiche bilan

<b>Rôle de la coordination du réseau</b>		
<b><i>Suivi des prises en charge</i></b>	<b><i>Animation locale</i></b>	<b><i>Pilotage général</i></b>
Recueil des inclusions, des fiches de bilan et de synthèse	Recensement et information des professionnels	Gestion générale et développement du projet Adaptation des référentiels et protocoles (cf. conseil scientifique)
	Carnet d'adresses	Elaboration et édition de documents
Suivi du parcours des patients	Information des patients	Plans de formation
	Organisation des staffs locaux	Centralisation et analyse des données de recrutement et d'activité (base de données) Suivi des indicateurs
	Analyse des besoins	Evaluation médico-technique. Relations avec l'évaluateur externe
	Mise en place des formations	Financement, gestion administrative et comptable (dont rémunérations)
	Liaison avec la coordination centrale	Gestion de la base de données et du site web
	Rapports d'activité	Relations institutionnelles Etudes Rapports annuels

## **8. LES MOYENS DE LA QUALITE**

### **Références scientifiques**

La pratique des membres du réseau se fonde sur l'ensemble des référentiels et protocoles de soins élaborés et adoptés au sein du réseau. Ceux-ci sont conformes aux recommandations officielles et sont évolutifs, notamment sous l'égide d'un Conseil Scientifique chargé d'une « veille expertale ».

### **Formations**

La compétence des professionnels du réseau est soutenue par des actions de formation portant non seulement sur les connaissances en diabétologie, mais aussi sur la prise en charge coordonnée des divers problèmes des patients, les types de messages à leur délivrer ainsi que les interventions à visée éducative.

Une formation spécifique est programmée pour ceux qui se destinent à intervenir dans les séances d'éducation thérapeutique collective.

### **Complémentarité des rôles**

Chacune des professions concernées se voit définir l'ensemble de sa fonction. Des protocoles coopératifs sont élaborés en vue de leur participation, selon les domaines d'activité du réseau.

### **Outils de suivi et de bilan**

Les modalités concrètes de prise en charge des patients reposent sur l'utilisation par les professionnels de fiches d'inclusion, de suivi, de traitement et de bilan, qui constituent autant de guides de pratique, permettent un relevé d'activités et la réalisation d'audits. Ces fiches sont réunies dans le cahier de liaison remis à chaque patient.

### **Systeme d'information**

La communication interne étant essentielle au fonctionnement du réseau, un système d'information est mis en place à l'aide de trois types de moyens :

- un cahier de liaison remis à chaque patient, support permettant de contenir les principaux éléments d'information utiles et au patient et aux différents professionnels auxquels il a recours ;
- différents documents modélisés destinés aux compte-rendus détaillés d'investigation ou de prise en charge de tel ou tel professionnel (ex. : bilan diététique ou podologique) ;
- à terme, un dispositif informatique, comportant une messagerie et un bouquet de services aux professionnels et aux patients.

## **EVALUATION**

Elle est conçue à plusieurs niveaux :

- les bilans périodiques de chaque professionnel et les audits réalisés par groupes de professionnels ;
- le recueil en continu et centralisé des relevés de prise en charge des patients, alimentant une base de données ;
- l'évaluation des processus internes du réseau ;
- les enquêtes de satisfaction des patients et des professionnels ;
- l'analyse économique des prestations et activités du réseau.

Elle est gérée par la coordination générale du réseau, avec le concours externe de la Société CEMKA-EVAL, spécialisée dans l'évaluation.

## 9. OBJECTIFS PRIORITAIRES

### Objectifs de prévention et de soins

L'accent sera mis d'emblée, au-delà du dépistage, sur les phases précoces de la maladie et sur l'implication du patient dans la prise en charge de celle-ci, par les moyens suivants :

- instauration d'un bilan initial approfondi, renouvelé annuellement
- suivi systématisé, basé sur la définition d'objectifs personnalisés négociés avec le patient
- remise au patient d'un cahier de liaison, support des informations utiles pour le suivi et des principales informations échangées entre les intervenants
- actions prioritaires sur les plans suivants :
  - diététique : bilans et si besoin suivi spécifique (*accès aux consultations de diététiciens*, financées par le réseau)
  - activité physique : consignes précises, relances accompagnement par des organismes appropriés
  - prévention systématique des complications, notamment au niveau des pieds (*accès à des prestations de pédicurie-podologie*, financées par le réseau)
  - apprentissage de l'auto-surveillance par les infirmiers
  - suivi infirmier préventif et éducatif

### Activités concertées des professionnels

L'élaboration de références communes, le partage d'informations permettant la co-décision, l'instauration de règles de coordination entre les divers acteurs soignants, constituent autant d'éléments qui favorisent le décloisonnement et l'instauration de pratiques coopératives.

En pratique, ceci repose sur :

- des protocoles coopératifs, définissant les rôles et les tâches
- des règles d'information réciproque établies en commun
- des formations inter-professionnelles
- des rencontres ou staffs portant sur des dossiers de patients, réunissant les intervenants concernés

L'utilisation de dossiers partagés informatisés, attentivement étudiée, est actuellement reportée du fait de l'état des technologies, de la grande diversité des équipements des professionnels et d'une pénétration très insuffisante chez les patients. Elle constitue néanmoins une solution d'avenir à moyen terme.

### Activités d'éducation thérapeutique collective

Dans un premier temps, les ressources actuelles des services hospitaliers seront sollicités, en attendant que la montée en charge des activités du réseau permettent l'instauration de ces activités en ville.

Ces activités constituent, parmi d'autres, un moyen de faciliter les rencontres entre patients, étape utile en vue d'une prise de parole autonome de ceux-ci.