

# La Feuille de Gentiane

Mars 2004

## EDITORIAL

Il y a eu pour le réseau GENTIANE un événement majeur en juillet 2003 : l'attribution d'un budget, sinon pérenne (tout est relatif...), du moins suffisamment durable (jusqu'à fin 2005) pour permettre un peu de visibilité pour nos actions. Notre bailleur de fonds principal est maintenant, comme pour tous les réseaux de santé, la DRDR, autrement dit la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux, elle-même partie de la « 5° enveloppe » au niveau national. Par rapport au budget prévisionnel, c'est environ 60% de ce que nous avons demandé qui a été obtenu ; l'équipe de coordination est reconduite sans grand changement, avec un deuxième poste à mi-temps d'infirmière ; le budget « formation » est accepté ; quelques financements complémentaires négociés dans un deuxième temps, pour l'évaluation et les systèmes informatiques, permettent d'arrondir quelque peu l'enveloppe.

Dans cette enveloppe, un élément de très grande importance : la possibilité de **rémunérer des professionnels de santé de façon dérogatoire**, c'est à dire pour des actes qui ne figurent pas à la nomenclature. Ce qui signifie en clair que des patients diabétiques peuvent désormais recevoir des soins podologiques, une prise en charge diététique, une éducation thérapeutique en groupe ou individuelle, autrement dit gagner sensiblement en qualité des soins, à condition qu'ils adhèrent au réseau, et que leurs soignants (médecins et non médecins) soient eux-mêmes membres du réseau. Autre élément majeur de progrès : la coordination entre soignants, qui repose sur le **partage du dossier médical**, partage matérialisé par un support informatique (de préférence), ou par un support papier ; ce « DMP » (Dossier Médical Partagé) est maintenant revu et simplifié, il est facilement opérationnel. Sa mise en oeuvre initiale, puis de façon semestrielle, justifie pour le médecin responsable une rémunération dérogatoire (« forfait de coordination ») : tout patient entrant dans le réseau pourra ainsi faire l'objet d'un suivi régulier.

Désormais, tout est en place pour que des patients de plus en plus nombreux bénéficient d'une prise en charge améliorée grâce au réseau ! Pour tous les professionnels de santé adhérents à l'issue des séminaires de formation (111, dont 49 médecins généralistes), **il « suffit » de passer à l'acte !** Ce qui en fait n'est pas si simple..., comme le démontre notre courte expérience de deux ans : entre l'enthousiasme de la formation et la dure réalité de

l'exercice en ville, surgissent bien des hésitations et difficultés... que l'équipe de coordination, confiante et optimiste, espère bien aider à surmonter avec l'aide et l'entraide de tous.

ETIENNE MOLLET

| Adhésions au Réseau                      |            |
|--|------------|
| Situation au 9 mars 2004                 |            |
| MEDECINS<br>GENERALISTES                 | 49         |
| DIABETOLOGUES &<br>MEDECINS HOSPITALIERS | 14         |
| INFIRMIER(ERE)S                          | 29         |
| DIETETICIENNES                           | 8          |
| PODOLOGUES                               | 8          |
| EDUC. MED-SPORTIF &<br>KINESITHERAPEUTES | 3          |
| <b>PATIENTS</b>                          | <b>218</b> |

## LES PRESTATIONS DEROGATOIRES

En décembre 2003 ont été annoncées aux adhérents du réseau les rémunérations dérogatoires qui ont été obtenues au titre de la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux (DRDR).

**Le forfait de coordination** destiné au médecin libéral ayant fait adhérer un patient a pour dessein de l'indemniser pour les activités supplémentaires liées à la prise en charge en réseau : création de l'équipe soignante autour du patient, tenue du dossier médical informatisé ou à défaut, papier, participation à l'évaluation, réponse aux questionnaires de la coordination du réseau, etc.

**Le forfait d'éducation thérapeutique en groupe** indemnise le binôme médecin infirmier/e qui forme un groupe de 6 à 8 patients à la connaissance de leur maladie et à la façon de se prendre en charge au mieux lors de 6 + 1 séances de deux heures.

**Les consultations de diététique** auprès des diététiciennes du réseau sont également prises en charge par le réseau : le plus compliqué ou le plus long est souvent de convaincre le patient que modifier ses habitudes alimentaires n'est pas que « un régime punition à vie » mais que parfois la correction de certaines erreurs alimentaires suffisent à améliorer le diabète. En 2003 à peine 6 % des patients ont bénéficié de cette prestation, ce qui illustre bien que ce volet thérapeutique entre difficilement dans les mœurs !

**Les soins des pied** par un podologue du réseau sont pris en charge lorsque les risques du pied atteignent les grades 2 ou 3 de la classification du réseau, classification internationale reprise par l'ANCRE (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète).

Tous les détails des prises en charge de ces prestations figurent dans le **MODE D'EMPLOI** adressé par courrier et que l'on peut également retrouver sur la page du réseau de la plate-forme régionale de santé (**fc-sante.org**) accès professionnel.

## FORMATIONS DES PATIENTS

Une dizaine de binômes s'est lancée en 2003, sans attendre les dérogations tarifaires, dans l'éducation thérapeutique de ses patients. Cela concerne plus de la moitié des patients adhérents, dont l'intérêt s'est manifesté par la présence assidue aux séances en présence parfois d'un conjoint. Parfois une diététicienne ou un(e) podologue ou l'éducateur médico-sportif ont secondé le binôme lors de certaines sessions. En l'absence d'infirmière libérale disponible, le médecin a pu compléter son binôme avec une infirmière de la coordination. La non-constitution d'un binôme n'est donc pas un obstacle à la réalisation de ces séances d'éducation thérapeutique ! Si vous rencontrez un problème, parlez-en à la coordination !

**Un conseil** : il est important de fixer lors de la 6<sup>ème</sup> séance la date de la dernière (bilan, clarification) qui a lieu au bout de 6 mois.

## DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

**Bilan** : 134 patients ont au 9 mars un dossier informatisé. Le taux de partage c'est à dire la consultation d'un dossier par un autre soignant que le créateur du dossier est de 1.3, ce qui en clair veut dire que 3 soignants additionnels pour 10 dossiers consultent ou complètent les dossiers.

Ce partage de données peuvent concerner un séjour dans un service de diabétologie. A noter que pour l'instant Besançon, Dole et Montbéliard ont accès au DMP ou peuvent créer des dossiers. Les autres services hospitaliers seront opérationnels courant 2004.

**Accès au DMP** : Le tableau ci-dessous vous rappelle les caractéristiques techniques pour l'utilisation du DMP.

♥ Accès internet

♥ Navigateur : Explorer

♥ Modem 56 K :

*[Poste de travail, Panneau d'affichage, Modems : propriétés lire la vitesse maximale]*

♥ Paramétrage écran : 1024 X 768 pixels (OK aussi pour 800 x 600)

*[Poste de travail, Panneau de configuration, Affichage, Paramètres : dans la zone d'écran déplacer le curseur jusqu'à la valeur recommandée. Noter l'affichage précédent pour y revenir le cas échéant !]*

♥ Pas de vitesse minimum requise mais supérieure à 40 Kbits, sinon affichage trop lent

♥ ADSL pour plus confort mais pas obligatoire !

♥ Possible de recevoir sur CD le programme

d'installation du lecteur de CPS. Celui-ci est téléchargeable mais ADSL recommandé !

♥ Idem pour Internet Explorer version 6, version recommandée pour avoir un cryptage fort des données (là aussi, ADSL recommandé pour téléchargement)

*[Rappel : Pour connaître la version de son explorateur, aller sur internet, cliquer sur le point d'interrogation ( ? ) et aller sur « A propos de Internet Explorer »]*

♥ Idem pour Acrobat Reader : télécharger (logiciel gratuit) ou vous faire envoyer un CD d'installation.

## Assistance pour le paramétrage (Uni-Médecine) :

Téléphoner au **01 64 86 40 68** en indiquant votre réseau : « **Gentiane** ».

**Formations au DMP** : elles sont organisées par Gentiane dans des lieux où plusieurs PCs sont installés en réseau, ce qui permet aux PS de partager leur expérience, ou des réponses à des questions similaires. Certaines ont eu lieu déjà à Besançon ou Dole.

*Pour organiser votre formation au DMP, contactez-nous !* Des solutions concernant la compatibilité de votre logiciel médical habituel et le DMP sont à l'étude. Que cela ne soit pas un prétexte à ne pas sauter le pas !

**Rappel** : depuis le 4 mars 2002 (Loi « Droit des Malades » le patient est maître de ses données cliniques et de leur accès à qui il le souhaite. Nous vous encourageons à lui remettre une impression de la synthèse de son dossier et par la suite de ses fiches de suivi afin qu'il puisse les montrer à d'autres professionnels de santé concernés par le diabète, comme le cardiologue, l'ophtalmologue ou l'infirmière de son choix qui n'ont pas forcément l'accès à internet. De la même façon, rappelez à votre patient qui part faire un bilan à l'hôpital de se munir de sa **clé-patient** afin que son dossier soit complété. De même, d'autres professionnels de santé du réseau comme les diététiciennes ou les kinésithérapeutes peuvent être amenés à compléter certaines fiches de suivi spécifique ; c'est aussi au patient de donner sa clé-patient à ce PS.

## CARNET MEDICAL PARTAGE (PAPIER)

En l'absence de dossier informatisé, un dossier papier avec des feuilles auto-duplicantes et un jeu de couleur semestriel devra être complété. Un exemplaire de ces pages (anonymisé : *n° de patient transmis par la coordination*) est destiné au réseau. Le carnet lui-même est destiné au patient qui le fait compléter au fur et à mesure des consultations par ses soignants. La distribution de ce carnet se fera à partir du mois d'avril 2004, en fonction des besoins exprimés par les médecins. La tenue de ce dossier papier à défaut de dossier informatisé est prise en compte par le forfait de coordination.

## FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

En 2003, 46 nouveaux professionnels de santé ont été formés à l'éducation thérapeutique des patients lors de 2 cursus de 5 jours.

En 2004, le premier **cursus de 5 jours** est en cours ; le prochain aura lieu aux dates suivantes : 15 et 16 octobre, 19 et 20 novembre et 17 décembre 2004.

**A noter!** Les journées de **formations complémentaires** destinées aux professionnels de santé antérieurement formés auront lieu à Besançon les **4, 18 et 25 juin 2004**. Ces journées permettent aux PS formés lors des cursus précédents de mettre à jour leurs connaissances médicales, de suivre l'évolution du fonctionnement du réseau, de se connaître et de croiser leurs expériences.

## ACTIONS INTER-HOSPITALIERES

Après la journée **Insulinothérapie et diabète** organisée à Lons le Saunier en avril 2003, Belfort a rassemblé en novembre 50 participants hospitaliers et libéraux autour du thème **Pied diabétique**. Ces actions débouchent sur l'élaboration de procédures communes de prise en charge et une mise en commun des documents de chaque service. Les diabétologues hospitaliers ont également élaboré les protocoles **Diabète et Grossesse** et **Prise en charge cardio-vasculaire**. Les versions finales de ces protocoles peuvent être consultés et téléchargés sur la plate-forme franc-comtoise de santé.

La prochaine rencontre interhospitalière aura lieu à Dole le jeudi 13 mai et abordera l'**Education thérapeutique dans le diabète de type 2**.

## COLLABORATION MEDECIN /INFIRMIERE

En collaboration avec la CPAM de Haute-Saône (février 2004) et celle du Jura (mars 2004), le réseau a pris l'initiative d'une formation pluri-professionnelle Médecin /Infirmier(e). Co-animées par les diabétologues hospitaliers, un médecin et une infirmière libéraux, ainsi qu'un représentant de la Caisse, ces réunions visent à optimiser la qualité de la relation et de la liaison entre PS lors du suivi à domicile de patients diabétiques nécessitant une prise en charge quotidienne, qu'il s'agisse de l'adaptation des doses d'insuline, de soins de plaies, de la surveillance tensionnelle, de conseils diététiques, etc.

## Diabète: les "insuffisances" de la surveillance médicale des patients en France

**SANTE-DIABETE - 16/12/2003 13h44 - AFP**

Le diabète, dont la fréquence ne cesse d'augmenter, nécessite un bon suivi médical afin d'éviter de s'exposer à de redoutables complications, mais cette surveillance du patient souffre encore d'insuffisances" en France.

Le "paysage" du diabète en France, ce sont "deux millions de personnes diabétiques traitées en métropole, correspondant à une prévalence (fréquence) de 3%" et "une augmentation annuelle de 3,2%", souligne Eveline Eschwège (Inserm) dans l'éditorial d'un numéro spécial du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), où paraissent ces premiers résultats d'Entred\*, présentés par Anne-Fagot-Campagna de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et Alain Weill (Cnamts).

L'étude, toujours en cours et qui montre par ailleurs des disparités régionales, porte sur un échantillon représentatif de 10.000 diabétiques adultes relevant du régime général de

l'assurance maladie (Cnamts, salariés), la première évaluation concernant le dernier trimestre 2001.

Toute une série d'exams sont nécessaires pour assurer un bon suivi médical du diabétique, afin de vérifier que sa maladie est bien équilibrée et prévenir les complications (cardiaque, insuffisance rénale, cécité...). "Le suivi du diabète est globalement insuffisant", relèvent les auteurs.

Au chapitre des déficiences : le contrôle annuel des yeux (une personne sur deux seulement en bénéficie), du coeur (la pratique d'un électrocardiogramme ne concerne qu'une personne sur trois), de l'état bucco-dentaire (à peine un tiers ont eu une consultation dentaire remboursée) ou encore de la fonction rénale, avec un test de dosage urinaire de la "micro-albuminurie" (un diabétique sur cinq). La présence en faible quantité de cette protéine, l'albumine, est pourtant un élément prédictif de complications vasculaires rénales.

"Le faible dépistage de la micro-albuminurie est particulièrement préoccupant", s'inquiètent les auteurs. En effet, soulignent-ils, "nous disposons de médicaments capables de prévenir ou de ralentir l'aggravation de la néphropathie (atteinte rénale) dès le stade de la micro-albuminurie".

Mais avant tout, l'outil de surveillance le plus pertinent des excès de sucres dans le sang, caractéristique de la maladie, reste sous employé.

"Trois dosages annuels d'HbA1C"

"En premier lieu, une personne sur trois bénéficie d'au moins trois dosages annuels d'HbA1C", notent les auteurs. Or le contrôle régulier des niveaux de sucre dans le sang doit être réalisé tous les trois à quatre mois et avec la mesure sanguine de l'A1c, l'hémoglobine "glyquée" (sucrée), un bon reflet de ce qui s'est passé dans les trois derniers mois. Un résultat inférieur à 7 témoigne de l'efficacité des mesures d'hygiène et de diététique et/ou du traitement au long cours. En revanche, des chiffres plus élevés nécessitent des adaptations. Le simple dosage du sucre dans le sang (glycémie) ne donne qu'un instantané de la situation au moment de l'examen sanguin, insuffisant pour bien suivre le diabétique.

\* ENTRED, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques

## GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE (AP)

Cette grille d'évaluation est disponible sur demande à la coordination. Elle permet à un patient motivé et dont les objectifs partagés concernent l'activité physique, d'évaluer celle-ci. L'énoncé de toutes les activités pratiquées régulièrement à la maison, au travail ou durant ses loisirs l'aide à prendre conscience de son activité actuelle. Le score calculé (durée par semaine multiplié par intensité) est individuel et ne sert de comparaison qu'au patient lui-même lorsqu'il réitérera son évaluation au bout du temps déterminé avec son médecin. Il ne faut donc pas chercher de normes ! L'objectif est de se fixer une intensification possible à atteindre, en tenant compte des envies, des besoins et des capacités du patient. Cette augmentation d'AP doit être négociée et acceptée par celui-ci.

## REPertoire des PS Membres du Réseau

Pour contacter un PS formé par le réseau, par exemple un pédicure/podologue ou une diététicienne, un répertoire des adhérents du réseau est tenu à jour par la coordination. Ce document est distribué sous forme papier lors de chaque formation. Si les coordonnées des nouveaux PS adhérents vous intéressent avant votre formation, contactez la coordination qui vous expédiera la dernière mise à jour de ce répertoire.

### RECOMMANDATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE POUR L'UTILISATION PARTAGEE DES LECTEURS DE GLYCEMIE

Les précautions suivantes sont à respecter pour l'usage partagé :

- 1- utiliser uniquement les lecteurs de glycémie pour lesquels l'usage partagé est revendiqué par le fabricant,
- 2- respecter les protocoles opératoires spécifiques pour l'usage partagé décrits dans les manuels d'utilisation, en particulier toujours déposer l'échantillon sanguin sur une bandelette ou une partie de bandelette située à l'extérieur du lecteur,
- 3- prendre des précautions particulières après la lecture de la glycémie pour le retrait des bandelettes par le personnel soignant afin d'éviter tout risque d'accident d'exposition au sang,
- 4- mettre en place une procédure de nettoyage quotidien des lecteurs de glycémie,
- 5- utiliser dans les secteurs d'éducation des patients diabétiques des solutions de contrôles en lieu et place d'échantillons sanguins pour la familiarisation au maniement des lecteurs.

Par ailleurs, les lecteurs de glycémie mis à disposition des patients comme par exemple le prêt pour l'auto surveillance du diabète gestationnel ne doivent pas être utilisés successivement pour plusieurs patients.

AFSSAPS, Sécurité sanitaire et Vigilances : janvier 2003

### PRINCIPE DE DEPISTAGE DU DIABETE DE TYPE 2 (ANAES FEVRIER 2003)

Un dépistage opportuniste ciblé des sujets de plus de 45 ans ayant (en plus de l'âge) au moins un des marqueurs de risque de diabète suivants :

- origine non caucasienne et/ou migrant
- marqueurs du syndrome métabolique :
  - excès pondéral mesuré à partir de l'IMC, défini comme  $\geq 28 \text{ kg/m}^2$ ,
  - hypertension artérielle (pression artérielle systolique  $\geq 140 \text{ mmHg}$  et/ou pression artérielle diastolique  $\geq 90 \text{ mmHg}$  et/ou hypertension artérielle traitée) ;
  - HDL-cholestérol  $\leq 0,35 \text{ g/L}$  ( $0,9 \text{ mmol/L}$ ) et/ou triglycérides  $\geq 2 \text{ g/L}$  ( $2,3 \text{ mmol/L}$ ) et/ou dyslipidémie traitée ;
- antécédents :
  - diabète familial (du premier degré),
  - diabète gestationnel ou enfants de poids de naissance de plus de 4 kg,
  - diabète temporairement induit.

Le dépistage doit être réalisé par un test de glycémie veineuse à jeun, effectué au laboratoire. En cas de positivité, ce test se substitue au premier test du diagnostic. Un nouveau contact avec le médecin doit être

réalisé et conduire à la prescription d'un deuxième test destiné à confirmer le diagnostic.

En cas de résultat négatif, le test devra être répété tous les 3 ans (ou tous les ans pour les sujets hyperglycémiques modérés à jeun). Un suivi plus rapproché (entre 1 et 3 ans) doit être effectué chez les sujets ayant plusieurs marqueurs de risque.

### NOUVEAUTES EN MATIERE DE FORMATION

Pour offrir aux patients franc-comtois une meilleure prise en charge de certains actes et leur faire bénéficier plus aisément de prestations dérogatoires, le comité de pilotage du réseau a décidé de mettre en place des formations multi-professionnelles plus courtes sous forme de modules. Des formations qualifiantes auprès d'autres organismes qu'auraient déjà suivies les PS pourront ainsi être prises en considération et validées. Celles-ci seront complétées par une formation concernant le fonctionnement du réseau. Toutefois le cursus long sera nécessaire pour prodiguer les séances d'éducation thérapeutique en groupes des patients.

### LE SYNDROME DE NAAMAN

La médecine fondée sur les faits (EBM) a mis en évidence de façon indéniable l'efficacité du changement de mode de vie dans la prévention et le traitement du diabète de type 2 ; mais ces changements sont-ils acceptés par les patients et leurs soignants ou bien sont-ils considérés comme insignifiants comparés aux traitements médicamenteux ?

Ce n'est pas sans rappeler la scène biblique de Naaman le lépreux, riche propriétaire du royaume de Syrie. Lorsqu'il apprit que le prophète Eli'sha pouvait peut-être le guérir, il quitta la Syrie et se rendit chez lui avec tout l'or et l'argent pour payer son traitement. Il pensait qu'Eli'sha mettrait en œuvre un traitement exceptionnel et impressionnant. Au lieu de ça, Eli'sha lui envoya son serviteur qui lui indiqua simplement de se laver dans le Jourdain. Naaman furieux retourna chez lui : un si long voyage jusqu'en Israël pour s'entendre dire qu'il n'avait qu'à se tremper dans le fleuve ! Plus tard, il reconsidéra le conseil, s'immergea dans le Jourdain et sa lèpre disparut.

Cet article de Diabetes Care, volume 26, Number 11, November 2003 (Marchesini et Trovati) souligne la difficulté de changer de comportement, le temps nécessaire à convaincre puis celui à mettre en œuvre ce changement. L'éducation thérapeutique, la stratégie à définir au cas par cas et l'encadrement soutenu de ces patients sur le plan de la diététique et de l'activité physique sont un investissement coûteux qui pourtant se révèle rentable au long cours en regard du coût des complications du diabète.

### POUR NOUS CONTACTER !

Téléphone : 03 84 72 80 66 Télécopie : 03 84 72 81 02

E-mail : [gentiane.fc@wanadoo.fr](mailto:gentiane.fc@wanadoo.fr)

Réseau Gentiane – Diabète en Franche-Comté

13 avenue Aristide Briand 39100 DOLE