

**Grille protocole de coopération
conforme à l'annexe 1
modèle de protocole mentionné
à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009**

Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code la santé publique

~

- « Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux :
- des transferts d'activités ;
 - ou d'actes de soins ;
 - ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

Date de création : juillet 2010

Date de révision : ...

À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

La grille du protocole de coopération proposée a pour but d'aider les professionnels de santé à rédiger efficacement leur protocole de coopération.

Avant d'utiliser cette grille, les professionnels de santé sont invités à lire attentivement au moins la fiche « professionnels de santé » figurant dans le guide méthodologique publié le XXXXXX par la HAS et disponible sur le site Internet de la HAS

* www.has-sante.fr

Tous les sigles et/ou les acronymes employés dans le protocole de coopération doivent être explicités.

MODE OPÉRATEIRE

EN PRATIQUE, si vous souhaitez rédiger un protocole de coopération :

- 1) Télécharger / Enregistrer la grille sur votre ordinateur.
- 2) Renseigner tous les items.
- 3) Penser à être précis et synthétique dans votre rédaction.
- 4) Sauvegarder la grille une fois remplie.

INFO-BULLE – Lorsque ce mot apparaît, placer-y le curseur et des informations apparaîtront en appuyant sur la touche : « F1 » du clavier sur PC, ou sur la touche « aide » sur Mac.

Des LIENS INTERNET sont activés. En plaçant le pointeur sur le lien et en appuyant sur la touche [Ctrl] du clavier vous serez automatiquement dirigé vers le site Internet mentionné.

I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique

Région : A-H LE-DE-FRANCE

Date de création :

Items

Réponses :

*Besoin de santé régional
auquel répond ce protocole
de coopération*

Le bassin de l'Île de France Sud, dont nous faisons parti, regroupe près de 3 794 393 habitants avec un taux de variation annuel moyen de 0,8 % pour une France à 0,7 % (Insee, RP1999 et RP2007 exploitations principales).

La population de spécialistes en endocrinologie et métabolisme en Ile de France sud est de 84 spécialistes, soit une densité moyenne de 2,2 pour une France à 2,5. Il existe donc au niveau régional, un manque de médecins spécialisés de telle sorte que les délais d'attente pour une consultation sont extrêmement longs dans une maladie chronique ou la démotivation et l'abandon partiel du traitement peuvent s'installer rapidement sans suivi de proximité.

Un centre hospitalier sud francilien (CHSF), premier groupe hospitalier public du département de l'Essonne rayonne sur trois départements au sud de la périphérie de Paris (totalité de l'Essonne, sud de la Seine-et-Marne et sud-est du Val-de-Marne). Il assure la couverture sanitaire d'une population de 600 000 habitants..

Le service de diabétologie du centre hospitalier sud francilien draine des patients bien au delà du bassin. Certains patients sont très attachés à leur diabétologue du CHSF, habitant dans des départements très déshérités (en termes de diabétologues) continuent à s'y faire suivre, en venant en consultation pour un bilan général une fois par an.

Si l'on examine la population paramédicale de cette région, elle se présente en sous-effectif paramédical avec 528 infirmiers pour 100 000 habitants comparativement à la moyenne nationale qui est de 763.

Si l'on regarde les personnes inscrites en ALD8 c'est à dire diabétiques de type 1 et de type 2, le taux standardisé de personnes inscrites pour 100 000 personnes est en moyenne de 3155 en Ile de France sud pour une France à 3067.

La prévalence du diabète de type 1 est de 0,4 % en France et en augmentation constante.

En conclusion : le nombre de soignants dans notre région est inférieure à celui de la France. Le temps médical devenu rare et cher et doit être préservé pour l'expertise. Le patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes. qui ne sont pas du ressort du médecin généraliste peu formé à ce traitement très phagocytant de son temps. Le diabétique insulino traité doit être accompagné vers l'autonomie, avec un besoin renforcé de soins de premier recours entre deux visites de diabétologue.

	<p>Pour répondre à ces problématiques, ce protocole s'inscrit dans le plan stratégique de l'ARS Île-de-France, en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ adaptant le parcours du patient diabétique insulino traité aux besoins régionaux et nationaux ▪ s'intégrant dans le parcours de soin du patient. ▪ renforçant l'offre de premier recours par la mise en place de soins de proximité ▪ respectant la personne et ses droits par un consentement libre et éclairé. Chaque patient est informé. ▪ personnalisant, individualisant, traçant le parcours de soin. ▪ Favorisant une prévention des complications du diabète insulino traité ▪ développant chez les professionnels de santé un haut niveau d'expertise ▪ limitant les ré hospitalisations, les arrêts de travail, les transports pour les patients,
<p><i>Intitulé du protocole de coopération</i></p>	<p>Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télémédecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin</p>
<p><i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i></p>	<p>Ce protocole concerne tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée. Si l'on prend en exemple les patients qui ont été suivi dans le cadre de l'étude clinique « Etude multicentrique ePEP : Evaluation de la consultation para médicale en télémédecine chez des diabétiques de type 1 (annexe 1), nous pouvons constater que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 37 % d'entre eux sont des employés, • 23 % sont des cadres et professions intellectuelles supérieures, • 61 % sont des femmes, • un nombre égale est sous multi injections et sous traitement par pompe à insuline externe, • la moyenne d'âge est de 40 ans (annexe 2). <p>Ces patients choisissent librement ou par accord du représentant légal d'être pris en charge par protocole de coopération.</p> <p>Rappelons que le diabète insulino traité, aux schémas de traitement complexes, oblige un recours au diabétologue, dans le cas de déséquilibre du diabète, et de survenue de complications. Au cours des six premiers mois, des contacts fréquents (consultations, visites à domicile, appels téléphoniques ou autres moyens) avec l'équipe de diabétologie sont nécessaires pour gérer les besoins changeants du diabète dans sa phase initiale. Par la suite, trois ou quatre consultations par an sont nécessaires, plus souvent si l'équilibre</p>

	<p>glycémique n'est pas satisfaisant (Guide ALD8 (2007) de prise en charge du DT1). Un soutien motivationnel constant est capital pour éviter des accidents métaboliques aigus ou une détérioration chronique profonde et durable. Ce suivi est très chronophage pour les diabétologues.</p>
<p><i>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Lors de l'initiation (visite présenteielle):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Information et signature du formulaire de consentement sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur (annexe 3) ○ Information et signature du formulaire de consentement à la création de son dossier patient partagé électronique accessible pour tous les acteurs (ePEP: Plan d'Education Personnalisé électronique) (annexe 3). <p>Lors du télésuivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Télésurveillance : <p>Pose d'un diagnostic à partir de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la lecture et l'interprétation des glycémies (à jeun, préprandiales, post prandiales, soir, coucher) sur le niveau de stabilité de l'équilibre glycémique ▪ la prescription, la lecture et l'interprétation de l'HbA1c ▪ la prescription, la lecture et l'interprétation de la cétonémie et de la cétonurie ▪ la lecture et l'interprétation de la fructosamine ▪ l'identification des incidents hypoglycémiques, hyperglycémiques <ul style="list-style-type: none"> ➤ Par téléphone: <p>Changement de la prescription médicale d'insuline avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification et Prescription de nouveaux objectifs glycémiques ▪ adaptation des doses d'insuline ▪ Prescription de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe (patient sous pompe à insuline externe) ▪ Prescription pour le traitement des hypoglycémies : re sucragé des patients (soin de premier recours) ▪ Prescription de nouvelles doses d'insuline pour le traitement des hyperglycémies: traitement de la cétose: prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la normale (soin de premier recours)).

<p><i>Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : Prévention des complications du diabète, et des hypoglycémies et hyperglycémies</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prescription</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="text"/></p>
<p><i>Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération</i></p>	<p>CERITD (Centre d'Etudes et de Recherches pour l'Intensification du Diabète) / CHSF (Centre Hospitalier Sud Francilien)</p>

Protocole de coopération autorisé le : 00/00/0000, mis en ligne le : 00/00/0000

II. – INTITULE DU PROTOCOLE

Les informations demandées doivent permettre d'identifier l'acte(s) de soins, ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé entre eux auprès du patient, et les professionnels de santé concernés par le protocole de coopération au sens du code de la santé publique.

Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télémédecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin

Cadre réservé à la HAS

Thème du protocole

À la réception du protocole, la HAS définira un thème qui sera intégré dans le système d'information national. Le thème a pour objectif de faciliter la recherche des protocoles autorisés.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE

A) Justification de la demande

1) Identifier le problème à résoudre ou le besoin constaté au niveau régional

- Le bassin de l'Île de France Sud, dont nous faisons parti, regroupe près de 3 794 393 habitants avec un taux de variation annuel moyen de 0,8% pour une France à 0,7 % (Insee, RP1999 et RP2007 exploitations principales).
- La population de spécialistes en endocrinologie et métabolisme en Île de France Sud est de 84 spécialistes, soit une densité moyenne de 2,2 pour une France à 2,5.
- Il existe donc au niveau régional, un manque de médecins spécialisés de telle sorte que les délais d'attente pour une consultation sont extrêmement longs dans une maladie chronique ou la démotivation et l'abandon partiel du traitement peuvent s'installer rapidement sans suivi de proximité.
- Si l'on examine la population paramédicale de cette région, elle se présente en sous-effectif paramédical avec 528 infirmiers pour 100 000 habitants comparativement à la moyenne nationale qui est de 763.
- Si l'on regarde les personnes inscrites en ALD8 c'est à dire diabétiques de type 1 et diabétiques de type 2, le taux standardisé de personnes inscrites pour 100 000 personnes est en moyenne de 3155 en Île de France Sud pour une France à 3067.
- Un service de diabétologie au centre hospitalier sud francilien qui a pour vocation le soin de proximité Cet hôpital est né de la fusion en 1999 des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et d'Evry, le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) est le premier groupe hospitalier public du département de l'Essonne. Il rayonne sur trois départements au sud de la périphérie de Paris (totalité de l'Essonne, sud de la Seine-et-Marne et Sud-est du Val-de-Marne). Il assure la couverture sanitaire d'une population de 600 000 habitants.).
- Un service de diabétologie qui draine des patients bien au-delà du bassin. Ces patients attachés à leur diabétologue et habitant dans des départements très déshérités (en termes de diabétologues) continuent à s'y faire suivre, en venant en consultation pour un bilan général une fois par an

Nous sommes dans notre région face au constat suivant :

- Une répartition géographique de la diabétologie inégale dans notre région à l'image de la France,
- des rendez-vous avec un spécialiste dont les délais entre deux rendez-vous sont de plus en plus longs,
- une maladie chronique dont l'apparition des complications est totalement dépendante de l'équilibre glycémique.
- Un équilibre glycémique lié au niveau de motivation du patient.
- Un niveau de motivation qu'il faut accompagner par un suivi de proximité permettant d'adapter les doses d'insuline du patient en fonction de son besoin immédiat.
- Une maladie dont la prévalence est de 0,4%.

- un nombre de soignants stagnant,
- un temps médical rare et cher à préserver pour l'expertise,
- un patient que l'on doit accompagner vers l'autonomie avec un besoin renforcé de soins,
- Une absolue nécessité de donner une égalité des soins pour tous.

Ce projet de coopération mis en œuvre par les professionnels de santé s'inscrit dans une volonté partagée par beaucoup de praticiens de santé en France dans le domaine de la diabétologie d'améliorer la prise en charge du patient diabétique traité par insuline, pour lutter contre l'instabilité glycémique chronique et ainsi éviter les complications, les hospitalisations dues aux accidents hypoglycémiques ou hyperglycémiques.

Une nouvelle organisation se devait d'être mise en place, le suivi par télémedecine autour du patient dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle est la réponse avec une dérogation de certains actes comme le stipule l'article 51 de la loi HPST (article L.4011-1 du code de la santé publique) afin d'éviter les événements aigus et le retour à l'hôpital. En renforçant le suivi de proximité entre deux rendez-vous en diabétologie.

2) Préciser en quoi la problématique identifiée justifie une dérogation au titre de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?

Comment :

- Lutter contre l'instabilité glycémique ?
- Redonner un suivi de proximité en dehors de l'hôpital ou du cabinet du spécialiste ?
- Réduire le temps entre deux consultations prescrites de diabétologue ?
- Eviter les ré hospitalisations par le maintien d'un bon équilibre glycémique. ?
- Eviter les déplacements à l'hôpital et les arrêts de travail ?
- Préserver le spécialiste à son rôle d'expert pour préserver dont le temps est rare et cher ?

La télémédecine nous a semblé être la réponse à toutes ces questions.

C'est ce qui nous a motivé à créer des outils de suivi à distance de nos patients diabétiques. Mais, l'outil, moyen de communication ne reste néanmoins qu'un outil.

Il a été prouvé dans l'étude Télédiab1 que son utilisation n'est optimisée que lorsque son utilisation est couplée à la consultation médicale téléphonique répétée (annexe 4).

Cette étude visait à évaluer le carnet électronique chez les diabétiques de type 1. Elle a montré : - 0.9 % d'HbA1c en 6 mois entre le groupe témoin et le groupe bénéficiant de la prise en charge par télémédecine, qui associait télésurveillance par le médecin du carnet électronique et consultations téléphoniques régulières (annexe 4)

A la fin de cette étude de supériorité, pour préserver le temps médical l'application de l'article 51 se justifiait pleinement. Nous avons alors créé une équipe spécialisée d'infirmiers formés à la prise en charge du patient diabétique par télémédecine en relai des médecins. Ils ont été formés à exercer des actes ne rentrant pas dans le champ de leur expertise propre mais dans celui du médecin dit acte dérogatoire. Car si l'on se réfère à l'article 2 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, l'infirmier ne devrait pas appliquer que les prescriptions médicales. Nous avons évalué la faisabilité d'un suivi infirmier dans l'étude « évaluation de la consultation paramédicale en télémédecine chez les diabétiques de type 1 » (annexe 5).

NB : La HAS pourra vous demander le ou les texte(s) réglementaire(s) à l'appui de votre argumentation.

① **Zone info**

**Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés**

- *Projet régional de santé (PRS).*
- *Agence régionale de santé (ARS).*
- *Union régionale des professions de santé (URPS).*
- *Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).*
- *Programme de formation, textes réglementant la profession, etc.*
- *Consultation des instances ordinales ou des associations professionnelles concernées.*
- *Etc.*

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL

1) Organisation des professionnels de santé

a) Informations concernant le profil du DÉLÉGANT :

Spécialité	Diabétologues ou généralistes salariés ou vacataires du CERITD ou du CHSF
Profession du délégrant	Médecin
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="text"/>
Qualification ordinale (médecin)	<input type="text"/>
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégrant	17 médecins diabétologues endocrinologues

b) Informations concernant le profil du DÉLÉGUÉ :

Spécialité	Infirmiers salariés du CERITD
Profession du délégué	IDE
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser : <input type="text"/>
Qualification ordinale (médecin)	<input type="text"/>
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	3 IDE
	<input type="text"/>

📄 Zone Info

Voir à la fin de ce document la définition de délégrant et de délégué.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

1) Organisation des professionnels de santé (suite)

c) Existe-t-il un système d'information partagée entre les professionnels de santé ? OUI NON

Si possible, expliquez le processus de partage de l'information entre les différents professionnels :

- **Le carnet glycémique électronique :**
 - solution de télémédecine innovante Téléchargeable dans un Smartphone permettant :
 - le suivi à distance des patients diabétiques de type 1 et de type 2 basal bolus traité par insuline,
 - l'optimisation des doses d'insuline en fonction de leur glycémie du moment, de leur alimentation et de leur activité physique,
 - l'auto surveillance du diabète
 - l'optimisation de la prise en charge du patient diabétique sous insulinothérapie par une transmission régulière des données du patient à l'équipe soignante, l'enregistrement des données quotidiennes du suivi et leur affichage comme sur un carnet de santé papier
 - l'équipe médicale et les patients ont accès au logiciel par un portail web. Les patients ont également accès au logiciel dans leur smartphone.
 - Le logiciel a été développé à partir notamment du Programme insulinothérapie fonctionnelle et d'algorithmes alliant les glycémies, la quantité d'hydrates de carbone et l'activité physique et permettant une proposition de dose au patient qui est libre d'accepter ou de refuser. Il génère une série de messages d'analyse automatiques afin de sécuriser le système tant au niveau du patient que des soignants
- **Le logiciel ePEP :** logiciel développé à partir :
 - du Plan d'Education Personnalisé programme d'éducation thérapeutique (annexe 6).
 - Ce logiciel retrace le protocole de consultation des patients suivis par carnet électronique par les infirmiers, conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.
 - Il permet aux personnels paramédicaux d'effectuer la consultation d'initiation et les consultations de suivi à distance de premier niveau à partir de leur télésurveillance.

- Il encadre la coopération interprofessionnelle dans le cadre du même décret.
- Il génère une série d'alarmes afin de sécuriser le système au niveau des soignants
- Il permet la traçabilité de l'ensemble des informations relatives au traitement du diabète du patient afin d'assurer une meilleure prise en charge et son suivi dans une démarche éducative. (annexe 7)
- le dossier est consultable par les médecins, traitant ou diabétologue, suivant habituellement le patient, auxquels un accès sécurisé comprenant un mot de passe, est délivré

L'hébergement des données de santé est sous traité à un hébergeur agréé, par décision du ministre en charge de la santé.

d) Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes à ce jour ? – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

e) L'accès aux soins

La continuité des soins est-elle organisée ? OUI NON

La permanence des soins est-elle organisée ? OUI NON

Quels sont les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous ou de prise en charge ?

La continuité et la permanence des soins ont été organisées
 Les RDV téléphoniques infirmiers sont sans délai d'attente et adaptés aux disponibilités du patient afin d'éviter les arrêts de travail.
 Le diabétologue reste accessible comme dans le cadre d'un parcours conventionnel.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

2) Chiffrer la file active de patients

Les informations demandées doivent permettre d'identifier le flux de patients pris en charge par les professionnels de santé en précisant la période considérée

5032 consultations en 2011 dans le service de diabétologie du CHSF, centre de référence dans le traitement du diabète dont la majorité des patients sont insulino-traités. Une base de données de 2283 patients diabétiques traités par insuline

3) Décrire le processus clinique actuel – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

① Zone info

**Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés**

- *Toutes les études réalisées dans ce domaine.*
- *Données du PMSI.*
- *Données des organismes d'assurance maladie.*
- *Etc.*

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

1) Information du patient

Expliquer les modalités prévues pour l'information du patient et pour le recueil de son consentement éclairé dans le cadre du protocole de coopération

- Lors d'une visite conventionnelle le diabétologue traitant (délégant) propose de maintenir ses consultations présentes et d'y adjoindre un suivi des glycémies, de son HbA1c, des incidents hypoglycémiques, hyperglycémiques par télémédecine. C'est à dire :
 - en lui proposant de remplacer son carnet glycémique papier par un carnet glycémique électronique avec aide à la décision du calcul de ses doses d'insuline qui sera chargé dans son Smartphone personnel
 - En lui expliquant que ses données glycémiques, unité portion, activité physique, doses d'insuline se télétransmettront via un site web sécurisé vers lui même
 - en lui proposant d'être suivi dans le cadre d'un protocole de coopération par un infirmier à qui il déléguera certains actes dits dérogoires (actes médicaux)
 - Qu'en cas de déséquilibre glycémique ce délégué l'appellera par téléphone pour lui prescrire un ajustement de ses doses d'insuline.
 - Si le patient accepte :
 1. Le diabétologue rédige un profil patient, comportant les coordonnées du patient, de ses proches à contacter en cas d'urgence, du diabétologue référent, et les caractéristiques de son traitement (profil de traitement : pompe à insuline/multi injection, plan alimentaire fixe/insulinothérapie fonctionnelle, règles d'adaptations du traitement, objectifs etc) (annexe 8).
 2. il lui recommande qu'en cas d'épisode infectieux de contacter au plus vite son médecin généraliste et de prévenir son médecin diabétologue et/ou son infirmier référent.
 3. Il lui explique qu'en cas de survenue de complications de son diabète, le traitement de ses complications reste dans un suivi conventionnel
 4. Il lui confirme qu'il continuera à le voir en consultation conventionnelle pour les problèmes complexes ou liés à une revue générale de sa situation diabétologique à intervalles de temps définis avec lui, et au minimum 1 fois par an.
 5. Il lui indique qu'entre ces visites conventionnelles son suivi sera assuré par un infirmier référent (délégué).
 6. Que ce délégué aura parfaitement connaissance de son dossier médical, de l'histoire de sa maladie et de son traitement.
 7. Qu'il a été choisi par lui-même et formé à poser un diagnostic sur les causes de son déséquilibre (dosage insuffisant ou excessif de l'insuline, évaluation erronée des glucides prandiaux ou gestion inadéquat des efforts physiques pour ne citer que les situations les plus fréquentes).

8. Qu'il est autorisé à rectifier la prescription d'insuline.
9. Que son dossier médical sera informatisé dans un logiciel qui permet à l'équipe pluridisciplinaire d'avoir accès à tous moments à ses données de santé personnelles.
10. Que ce dossier de santé partagé lui permet de superviser le délégué et d'intervenir en cas de besoin.
11. Que le délégué sera joignable directement et sera à sa disposition 24h/24h. Qu'en cas, d'accidents hypoglycémiques ou hyperglycémiques, un soignant traitera le problème et que selon le niveau de gravité, il fera appel au délégant.
12. Qu'il l'accompagnera dans la mise en œuvre de l'éducation au traitement de son diabète
13. Qu'un secrétariat sera à sa disposition pour y prendre ses rendez-vous
 - un rendez-vous avec le délégué pour une visite dite d'initiation lui est donné (annexe 9)
 - Lors de la visite d'initiation le délégué (si le délégant n'a pas eu le temps de le faire):
 - Informe dans le détail, le patient des modalités de son nouveau suivi en lui décrivant de façon précise comment à partir des synchronisations de son carnet glycémique via un site web sécurisé il va analyser ses données glycémiques identifier d'éventuels épisodes d'instabilité glycémique, l'appeler si besoin pour prescrire avec lui ses doses d'insulines en les ajustant à ses besoins et le soutenir dans les moments de démotivation.
 - lui fait signer son formulaire de consentement à un suivi par des actes de télémédecine, protocole de coopération, dossier patient partagé électronique (annexe 3)
 - Valide qu'il a fait signer le formulaire de consentement en cochant la case prévue dans le dossier patient partagé électronique
 - archive le formulaire de consentement
14. Que le compte-rendu de cette consultation est transmis au médecin généraliste et au diabétologue traitant et que, par ailleurs, le médecin généraliste est informé de l'évolution de son suivi
 - En cas de refus, le patient
 - sera suivi par le diabétologue selon un schéma conventionnel.

2) Expliquer les objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération entre professionnels de santé

Entre deux consultations diabétologiques une rupture du suivi s'effectue bien souvent.

- Le médecin généraliste n'est pas formé aux schémas complexes du diabète insulino-traité. Ce suivi est en plus chronophage pour le médecin généraliste.
- Le patient se retrouve seul dans la vraie vie face à ses schémas complexes à lutter contre son instabilité glycémique

Les objectifs de cette coopération interprofessionnelle sont de renforcer la prise en charge des patients traités par insuline de l'optimiser par un suivi par télémédecine avec carnet glycémique électronique pour lutter contre l'instabilité glycémique et les complications.

Un suivi à distance, rapproché par des infirmiers spécialisés doit permettre :

- D'éviter la rupture de suivi
- De coordonner les soins entre l'hôpital, la ville et le domicile
- D'aider le patient à une meilleure observance de son traitement
- De réduire les délais entre 2 consultations médicales par un suivi de proximité infirmier qui suit le traitement et l'adapte en fonction des résultats biologiques du moment du patient,
- De faire intervenir le médecin à bon escient dans son rôle d'expert.
- D'éviter les accidents métaboliques aigus (hypoglycémies sévères ou acidocétoses)
- De repousser les complications chroniques du diabète dues à l'instabilité glycémique chronique.
- D'identifier les incidents/accidents métaboliques très en amont, et de les traiter immédiatement par un ajustement de la prescription de la dose d'insuline aux besoins réels du patient et ainsi éviter une instabilité chronique.
- Limiter le nombre des patients perdus de vue par un soutien constant adapté aux besoins individuels des patients
- Assurer un meilleur équilibre glycémique par une éducation renforcée
- Augmenter le partage des informations autour du dossier patient
- Renforcer le suivi des patients dit en difficulté (La population supportant une HbA1c >9% est la population où le risque de complications est le plus élevé. Ces patients dits "en difficulté" doivent faire l'objet d'un parcours personnalisé et bénéficier d'un suivi renforcé à distance par télé médecine par les infirmiers de l'équipe pluridisciplinaire.)
- Traiter les alertes en temps réel et traiter les hypoglycémies et des hyperglycémies afin d'éviter les réhospitalisations
- Réduire les déplacements et les frais de transport
- Repousser les périodes de démotivation et d'abandon du traitement
- Réduire les arrêts de travail

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel

1) Présenter les professionnels de santé qui soumettent le protocole de coopération à l'ARS

Les informations demandées doivent permettre d'identifier au moins (prénom, nom, profession) un référent pour chaque profession à l'origine de la création du protocole de coopération ainsi qu'une personne à contacter (prénom, nom, téléphone, adresse mail) pour l'instruction du protocole de coopération.

Référent des délégués: G. Charpentier, pres@ceritd.fr

Identification des délégués:

- Diabétologues endocrinologues du CHSF ou du CERITD : Dr G charpentier, Dr S Franc, Dr M Varroud-Vial, Dr E Requeda, Dr D Dardari

- Diabétologues endocrinologues vacataires du CHSF ou du CERITD: Dr B Boucherie

- Diabétologue endocrinologue correspondant du CERITD et du CHSF: Dr M Aufévre

- Diabétologues investigateurs de l'étude clinique multicentrique ePEP : Pr PY Behamou (Grenoble), Pr A Penfornis (Besançon), Dr H Mosnier Pudar (Paris), Dr L Millot (Saint Etienne), Dr L Chaillous (Nantes), Dr M Aufévre (Melun), Dr E Dupont (Caen), Dr E Sonnet (Brest), Dr A Farret (Montpellier), Dr AM Leguerrier (Rennes).

Référent des délégués: Mme L. Canipel

Identification des délégués: Mr S Mounier, Mme M.H Petit, Mme O Boscus

Personne à contacter pour l'instruction du protocole de coopération: Mme Lydie Canipel, Directrice du CERITD 01.64.96.91.98; mail: dir@ceritd.fr

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

2) **Préciser le cadre de la coopération envisagée.** Les informations demandées doivent permettre de comprendre les caractéristiques médicales et/ou sociales des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Les patients suivis dans le cadre de ce protocole sont tous **des diabétiques adultes ou enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) traités par un schéma insulinique basal bolus** (multi injections ou pompe à insuline externe) nécessitant une prise en charge médicale et paramédicale spécialisées. 82% de nos patients ont une activité professionnelle et seulement 12% n'en exerce pas, sachant que cette population est représentée par 61% de femmes qui souvent pendant une période de leur vie sont amenées à rester au foyer pour élever leurs enfants (annexe 2). La moitié de nos patients de type 1 (DT1) ont entre 30 et 50 ans

Le diabète insulino-traité résulte d'une destruction des cellules β du pancréas sécrétant l'insuline, par un processus auto-immun (type 1). Il en résulte une incapacité totale et permanente du pancréas à produire de l'insuline. Ce déficit, s'il n'est pas rapidement corrigé conduira inéluctablement au décès du patient par acidocétose. Le seul traitement du diabète de type 1 est donc l'administration d'insuline. En France, il est communément admis que le diabète de type 1 touche environ 10% de tous les diabétiques soit près de 200 000 personnes. L'enquête nationale représentative ENTRED 2007 (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) a estimé ce chiffre à 5,6% des diabétiques en France, soit 140 000 personnes. Ce chiffre est sans doute un peu sous-estimé par la méthodologie de l'étude (DT1 considéré uniquement chez les sujets ayant démarré la maladie avant 45 ans, et 2,5% des diabètes non classés). Il survient avec un pic de fréquence dans la 2^e et 3^e décade de la vie mais il peut toucher le jeune enfant (6000 en France) ou l'adulte dans la deuxième moitié de la vie où il peut prendre une forme d'installation plus progressive appelée diabète de type 1 lent. L'étude ENTRED a révélé que l'âge moyen des DT1 en France était de 42 ans.

Depuis la découverte de l'insuline en 1922, le diabétique ne meurt plus du diabète. Mais seul un bon équilibre glycémique peut éviter les complications dues à l'hyperglycémie (rétinopathie, néphropathie, artériosclérose, neuropathie...). Il n'existe aucun traitement pour guérir le diabète. La terminologie d'insulino-dépendant décrit parfaitement la vie de contraintes pluriquotidiennes du diabétique de type 1. Dans cette forme de diabète, sa survie dépend de sa capacité à s'injecter régulièrement et précisément de l'insuline à la plus juste dose. Les traitements sont quotidiens et répétés plusieurs fois par jour. Le patient doit apprendre à gérer lui-même son insuline. D'où la nécessité absolue d'un suivi rapproché par l'équipe soignante. Un diabétique de type 1 peut mener une vie active, autonome et dynamique à condition de respecter, durant toute son existence, une discipline stricte par :

- Le contrôle de la glycémie capillaire à l'aide d'un lecteur de glycémie, plusieurs fois par jour.
- La reconnaissance dans son alimentation la quantité d'hydrates de carbone que chaque aliment contient.
- L'évaluation de son activité physique.

- Le report fastidieux, chaque jour toutes ces données sur un carnet de suivi glycémique afin de pouvoir calculer ses doses d'insuline indispensables à sa survie.

Nous comprendrons alors que le succès de son traitement est totalement dépendant de sa motivation, de son implication et de l'acceptation de sa maladie.

Malgré des schémas insuliniques « optimisés », le maintien d'un contrôle glycémique parfait est difficile sur le long terme et la détérioration de l'équilibre glycémique attestée par l'élévation de l'HbA1c, si elle n'est pas anticipée, est inexorable. L'instabilité glycémique se traduisant soit par une hyperglycémie chronique soit par des hypoglycémies graves, est source de complications macrovasculaires (insuffisance coronaire, artérite et AVC), microvasculaires (rétinopathie et microalbuminurie), coma.

Lieu de réalisation de la coopération

- Cabinet d'exercice libéral de groupe
- Cabinet d'exercice libéral individuel
- Centre de santé
- Établissement de santé
- HAD
- Maison de santé
- Pôle de santé
- Réseau de santé

Liste non exhaustive, préciser le lieu s'il ne figure pas dans la liste :

"Centre de soins ambulatoire" tel que le CERITD, association 1901 d'utilité générale

① Zone info

**Documents / outils /
instances pouvant être
utilisés ou consultés**

- Données du PMSI.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Répondre aux questions suivantes

Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?

Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

Quel est le système d'information informatisé utilisé ?

- **Le carnet glycémique électronique :**
 - solution de télémédecine innovante téléchargeable dans un Smartphone permettant :
 - le suivi à distance des patients diabétiques de type 1 et de type 2 traité par insuline selon un schéma basal bolus,
 - l'optimisation des doses d'insuline en fonction de leur glycémie du moment, de leur alimentation et de leur activité physique,
 - l'auto surveillance du diabète
 - l'optimisation de la prise en charge du patient diabétique sous insulinothérapie par une transmission régulière des données du patient à l'équipe soignante, l'enregistrement des données quotidiennes du suivi et leur affichage comme sur carnet glycémique papier
 - Le Logiciel est accessible au travers du portail web pour l'équipe médicale et les patients ont accès au logiciel par un portail web. Les patients ont également accès au logiciel dans leur Smartphone.
 - Le logiciel a été développé à partir du programme insulinothérapie fonctionnelle et d'algorithmes alliant les glycémies, la quantité d'hydrates de carbone et l'activité physique. Ce système propose au patient des doses d'insulines qui est libre d'accepter ou de refuser. Il génère une série de messages automatiques afin de sécuriser le système tant au niveau du patient que des soignants.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le logiciel ePEP : dossier patient partagé ▪ Le logiciel a été développé à partir : <ul style="list-style-type: none"> ○ du Plan d'Education Personnalisé programme d'éducation thérapeutique). (annexe 6) ○ Ce logiciel retrace le protocole de consultation des patients suivi par carnet électronique par des infirmiers conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. ○ Il permet aux personnels paramédicaux d'effectuer la consultation d'initiation et les consultations de suivi à distance de premier niveau à partir de leur télésurveillance. ○ Il encadre la coopération interprofessionnelle dans le cadre du même décret. ○ Il génère une série d'alarmes afin de sécuriser le système au niveau des soignants ○ Il permet la traçabilité de l'ensemble des information relatives au traitement du diabète du patient afin d'assurer une meilleure prise en charge et son suivi dans une démarche éducative. (annexe 7) ▪ L'hébergement des données de santé est sous traité à un hebergeur agréé , par décision du ministre en charge de la santé
<p><i>Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ équipement des délégués en informatique et téléphonie filaire et portable ○ équipement d'un smartphone avec un abonnement internet à la charge du patient ○ logiciel du carnet électronique ○ logiciel du Plan d'Education Personnalisé, ○ mise à disposition d'un numéro d'appel

<p><i>Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?</i></p>	<p><i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i></p>
<p><i>Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?</i></p>	<p>Le logiciel chargé dans le Smartphone doit maintenant faire l'objet d'une demande de remboursement en qualité de dispositif médical. Nos patients sont prêts à faire l'effort de l'achat du Smartphone et de son abonnement. Mais la diffusion à grande échelle ne pourra se faire que dans le cadre d'un remboursement forfaitaire qui prendra en charge l'achat de l'accès au logiciel et le coût engendré par le télésuivi.</p>

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

4) Décrire les actes de soins, les activités de soins, ou la réorganisation des modes d'intervention n'incluant pas d'entente illécite dérogatoire au regard des dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions de santé concernées et les modalités de surveillance qui en découlent

Les actes des soins, les activités ou la réorganisation des modes d'intervention seront décrits ci-après. Dès la phase de création d'un protocole de coopération, les professionnels doivent être vigilants sur le fait que la mise en œuvre d'une pratique dérogatoire aux conditions légales d'exercice devra prendre en compte les interdictions telles que le compérage figurant dans les règles professionnelles ou règles déontologiques applicables aux professionnels (lorsqu'elles existent).

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients

a) Description de la prise en charge du patient et de l'acte(s) de soins ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient

Décrivez le processus global de prise en charge du patient, indiquez qui fait quoi, à quel moment se réalise(nt) l'acte(s) ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, décrire comment s'articulent les professionnels de santé entre eux et quel est leur niveau de responsabilité.

annexe 9

- Lors d'une visite conventionnelle le délégant propose à son patient un suivi par télémédecine avec carnet glycémique électronique. Il l'informe :
 - Qu'il sera suivi en visite conventionnelle présentielle par lui-même et à distance (en dehors de la visite dites d'initiation) par un infirmier.
 - Que ses données seront télétransmises à l'infirmier et à lui-même
 - Qu'ils surveilleront et analyseront à distance son équilibre glycémique
 - Qu'en cas de déséquilibre glycémique, selon le niveau de gravité, ils l'appelleront pour lui prescrire un ajustement de ses doses d'insuline.
 - Qu'il lui remet un formulaire de consentement (annexe 3).
 - Qu'il rédige un profil patient qui est en fait sa prescription médicale. Le profil contient les coordonnées du patient, de ses proches à contacter en cas d'urgence, du diabétologue référent, les caractéristiques de son traitement (profil de traitement : pompe à insuline/multi injection, plan alimentaire fixe/insulinothérapie fonctionnelle, règles d'adaptations du traitement, objectifs etc) (annexe 8).
 - Qu'il l'adresse au délégué
 - Qu'un rendez-vous pour la visite dite d'initiation présentielle est pris
- Lors de la visite d'initiation, le délégué:
 - lui fait signer le formulaire de consentement (annexe 3)
 - Il crée une visite d'initiation dans le dossier patient partagé électronique (annexe 10) qui permet la traçabilité de tous les actes délégants/délégués visibles par tous 24h/24, 7j/7, 365j/365 :
 - Il valide les données du profil (annexe 8) à 2 niveaux (son diabète, son traitement).

- Il le forme à la démarche éducative (diagnostique éducatif, autoévaluation, pose d'objectifs éducatifs par le patient lui-même) (annexe 7)
- Il le forme à l'utilisation du carnet électronique (diagnostic sur l'adhésion physique et psychologique et formation au programme insulinothérapie fonctionnelle : IF (annexe 11) chargé dans le logiciel)
- Suite à cette visite d'initiation, le délégué démarre le télésuivi :
 - La télésurveillance se fait à partir des messages d'analyse automatique, de la liste des patients dits en difficulté, de la liste des patients perdus de vue ou directement du carnet électronique. La télésurveillance peut aussi être déclenchée par simple appel d'un patient ou par la demande spécifique d'un délégué (cf p 30 - 31)
 - Elle permet de poser un diagnostic sur le niveau de stabilité de l'équilibre glycémique et d'identifier des incidents/accidents hypoglycémiques et hyperglycémiques (annexe 12)
 - le niveau de gravité authentifié génère ou non des interventions téléphoniques.
 - Les appels téléphoniques avec le patient permettent :
 - d'adapter les doses d'insuline en fonction des résultats glycémiques (traitement des hypo et hyperglycémies) : injection d'insuline ou modification du débit de la pompe externe
 - la prescription de nouveaux objectifs glycémiques
 - la prescription du traitement des hypoglycémies (annexe 12): re sucrage des patients (soin de premier recours)
 - la prescription de nouvelles doses d'insuline pour le traitement des hyperglycémies (annexe 12): traitement de la cétose: prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la normale (soin de premier recours)

Le patient ressentant des signes de malaise, ayant besoin d'un renforcement motivationnel ou pour calmer une anxiété peut déclencher un appel téléphonique vers le délégué.

En cas de refus par le patient de ce mode de prise en charge, le patient sera suivi par son diabétologue de façon conventionnelle.

Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Précisez pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégué pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).

Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :

Le délégué après une consultation conventionnelle au cours de laquelle il propose le suivi par carnet électronique dans le cadre d'un protocole de coopération, il délègue au délégué les actes suivants :
Lors de la visite d'initiation (visite présenteielle):

- Pour chaque acte dérogatoire, des procédures (adultes et enfants) ont été rédigées (Annexe 12) avec des schémas décisionnels
 - Procédure d'adaptation des doses

<ul style="list-style-type: none"> ○ Information et recueil de la signature du formulaire de consentement du protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur (annexe 7 information et consentement) ○ Information et recueil de la signature du formulaire de consentement de pour la création de son dossier patient partagé électronique accessible pour tous les acteurs (ePEP: Plan d'Education Personnalisé électronique). annexe 7 information et consentement) <p>Lors du télésuivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Télésurveillance <p>Pose d'un diagnostic à partir de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la lecture et l'interprétation des glycémies (à jeun, préprandiales, post prandiales, soir, coucher) sur le niveau de stabilité de l'équilibre glycémique ▪ la prescription, la lecture et l'interprétation de l'HbA1c ▪ la prescription, la lecture et l'interprétation de la cétonémie et de la cétonurie ▪ la lecture et l'interprétation de la fructosamine ▪ l'identification des incidents hypoglycémiques, hyperglycémiques <ul style="list-style-type: none"> ➤ Appels téléphoniques: <p>Changement de la prescription médicale d'insuline avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification et Prescription de nouveaux objectifs glycémiques ▪ Adaptation des doses d'insuline ▪ Prescription de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe (patient sous pompe à insuline externe) ▪ Prescription pour le traitement des hypoglycémies : re-sucrage des patients (soin de premier recours) ▪ Prescription de nouvelles doses d'insuline pour le traitement des hyperglycémies: traitement de la cétose: prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la normale (soin de premier recours)) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le soin de premier recours 	<p>d'insuline</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procédure d'adaptation des débits de base de la pompe à insuline ○ Procédure de traitement des hypoglycémies ○ Procédure de traitement des hyperglycémies ○ Procédure en cas de panne/casse de carnet électronique /changement de téléphonie ○ Procédure d'information patient et de recueil de la signature du formulaire de consentement <p>Pour former les infirmiers, encadrer leur travail, les superviser et contrôler la bonne pratique des actes dérogatoires, ont été mis en place les dispositifs suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les réunions interprofessionnelles: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réunissent délégués/délégués autour du dossier patient ✓ Permettent de revoir tous les dossiers patients au moins une fois par trimestre. ✓ Réunissent délégués/délégués une première fois un mois après la mise sous télémédecine ✓ Peuvent avoir lieu en face-face ou de façon téléphonique. ✓ Permettent aux délégués de superviser les actes accomplis par les délégués ✓ Permettent de réajuster les objectifs glycémiques en cas de besoin. ✓ Permettent d'apporter des mesures correctives si nécessaire et de compléter
--	--

En fonction de ces résultats trois modes d'interventions sont possibles pour le délégué

Chez l'adulte :

- **Niveau d'intervention mineure**, l'infirmier n'appelle pas, il analyse les données du carnet de glycémies électronique et saisit un bordereau de télésurveillance. Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémies entre 0,55g/l et 0,70g/l
 - Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1,80$ g/l)
 - Glycémies postprandiales entre 2,20g/l et 4g/l
 - La présence d'explications du patient dans le champ commentaire plaide plutôt pour un évènement de gravité mineure
- **Niveau d'intervention haute**, en plus de la télésurveillance, l'infirmier appelle le patient, et saisit un bordereau « appel téléphonique ». Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémie $< 0,55$ g/l mais gérée par le patient lui-même
 - Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/ semaine > 3 g/l et cétonémie/cétonurie (0 ou traces)
 - Hyperglycémie post-prandiale > 4 g/l
 - L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité haute voire très haute
- **Niveau d'intervention très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une téléconsultation avec le patient. A la suite de l'appel le médecin saisit le bordereau de téléconsultation. Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers)
 - Hyperglycémie à jeun > 3 g/l avec cétonémie/ cétonurie ≥ 1 croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs

ainsi la formation du délégué.

- ✓ Permettent aux délégués d'avoir un retour sur les consultations du délégant
- ✓ Donnent lieu pour chacune d'entre elles à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient
- ✓ Une messagerie permet aux délégant/délégués de communiquer à tous moments.
- Un staff pluridisciplinaire se réunit une fois par semaine, en présentiel ou par téléconférence, lors duquel les délégants font un point sur les activités du délégué pour les patients ayant nécessité des actes de premier recours et propose les mesures correctives nécessaires. Lors de ces staffs, sont revus les dossiers pour lesquels de nouveaux objectifs glycémiques ont été définis. Les délégués peuvent y présenter les dossiers des patients dits en difficulté ayant nécessités des actes dérogatoires concernant la prise en charge des incidents hypo ou hyperglycémiques et des mesures correctives peuvent être apportées
- Chaque délégant supervise dans l'ePEP (dossier patient partagé électronique) une fois par mois de façon aléatoire les consultations assurées par le délégué, il identifie les forces et les faiblesses du délégué et met en place en cas de nécessité des mesures correctives auprès du délégué.
- Des réunions de formation continue

abdominales, voire troubles de conscience)

- L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité haute voire très haute

Chez l'enfant de 12 ans à 17 ans et 11mois :

- **Niveau d'intervention mineure**, l'infirmier n'appelle pas, il analyse les données du carnet de glycémies électronique et saisit un bordereau de « télésurveillance ». Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémies entre 0,60 g/l et 0,70g/l, symptomatiques ou non
 - Hyperglycémies: au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1,80$ g/l)
 - Glycémies post prandiales entre 2,20g/l et 3,5 g/l
 - La présence d'explications du patient dans le champ commentaire plaide plutôt pour un évènement de gravité mineure
- **Niveau d'intervention haute**, en plus de la télésurveillance, l'infirmier appelle les parents du patient et/ou le patient lui-même si ce dernier est autonome dans la gestion de son diabète. L'infirmier saisit un bordereau « appel téléphonique ». Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémie $< 0,55$ g/l $< 0,60$ g/l +/- symptômes (pâleur, sueurs, troubles du comportement, troubles de concentration...)
 - Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/ semaine $> 2,80$ g/l et cétonémie/cétonurie (= 0 ou traces)
 - Hyperglycémie post-prandiale $> 3,5$ g/l
 - L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité haute voire très haute
- **Niveau d'intervention très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une téléconsultation avec le patient et contacte également les parents du patient. A la suite de l'appel le médecin saisit le bordereau de téléconsultation. Les critères d'alerte sont :

peuvent être réalisées, au minimum, une fois par mois.

- Une fois par semaine, en face-à-face ou par téléphone, le référent des délégués réunit l'équipe de délégués pour un travail coopératif d'évaluation et de formation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.
- Le délégué ou un autre médecin est joignable 24h/24h.
- Le dossier patient partagé est consultable 24 h/24 par le délégué ce qui leur permet à tout moment de superviser le travail du délégué.

Lors des actes dérogatoires concernant la prise en charge des incidents hypo ou hyperglycémiques et selon le niveau de gravité et en cas de symptôme ne faisant pas partie du protocole de prise en charge du diabète, le délégué fait appel au délégué.

- Hypoglycémie sévère avec trouble de conscience ou somnolence, empêchant la prise de sucre par la bouche, *(et si un contrôle glycémique peut être réalisé, un taux de glycémie <60mg/dl ou «Lo» sur l'écran du lecteur).*
- Hyperglycémie à jeun >à 2,80g/l avec cétonémie/ cétonurie ≥ 1croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)
- L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité très haute

Quels sont les moyens utilisés par le délégant pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui réorganisent leur mode d'intervention auprès du patient ?

- Pour chaque acte dérogatoire, des procédures (adultes et enfants) ont été rédigées (Annexe 12) avec des schémas décisionnels
 - Procédure d'adaptation des doses d'insuline
 - Procédure d'adaptation des débits de base de la pompe à insuline
 - Procédure de traitement des hypoglycémies
 - Procédure de traitement des hyperglycémies
 - Procédure en cas panne/casse de carnet électronique/changement de téléphonie
 - Procédure d'information du patient et de recueil de la signature du formulaire de consentement
- Le système d'information partagée entre les professionnels permet le partage des données à caractère personnel concernant le patient dans le but d'une meilleure coordination des soins et d'une traçabilité des actes. Dans ce logiciel a été intégrée toute la démarche éducative du plan d'éducation personnalisé qui encadre la démarche infirmier. Le dossier patient partagé est consultable 24 h/24 par le délégant ce qui leur permet à tout moment de superviser le travail du délégué.

- Pour encadrer le travail des infirmiers, le superviser, le former, le contrôler
 - Les réunions interprofessionnelles permettent de :
 - Réunir délégrant/délégué autour du dossier patient
 - Tous les dossiers patients sont revus au moins une fois par trimestre.
 - La première a lieu un mois après la mise sous télé-médecine
 - Elles peuvent avoir lieu en face-face ou de façon téléphonique.
 - Aux délégants de superviser les actes accomplis par les délégués
 - de réajuster les objectifs glycémiques en cas de besoin.
 - D'apporter des mesures correctives si nécessaire.
 - De former le délégué
 - Aux délégués d'avoir un retour sur les consultations du délégrant
 - Chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient
 - Une messagerie sécurisée leur permet de communiquer à tous moments.
 - Une fois par semaine (qui peut être adapté en rythme et en temps selon les habitudes du service et si les délégants sont à proximité, ou réalisé aussi par télé-conférence) : un staff dans le centre régional référent pourra réunir l'équipe pluridisciplinaire délégué/délégrant. Les délégués peuvent y présenter des dossiers de patients dits en difficulté ayant nécessités des actes de premier recours et des mesures correctives peuvent être apportées.
 - Chaque délégrant supervise 1 fois par mois de façon aléatoire les consultations assurées par le délégué, il identifie les forces et les faiblesses du délégué et met en place en cas de nécessité une formation complémentaire du délégué.
 - Des réunions de formation continue peuvent être réalisées, au minimum, une fois par mois
 - Une fois par semaine, en face face ou par téléphone, le référent des délégués réunit l'équipe de délégués pour un travail coopératif d'évaluation et de formation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.
 - délégrant reste disponible comme dans le cadre d'un parcours conventionnel.
- Lors des actes de premier recours et selon le niveau de gravité (cf p 30 -31) le délégué peut à tout moment avoir recours au délégrant.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

a) Description de la prise en charge du patient... (suite)

Décrire ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de santé se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?

- Le parcours de soins existant se limitait à :
 - une visite de diabétologue en moyenne tous les 6 mois,
 - un diabétologue qui donnait son numéro de téléphone personnel pour être joint à tous moments,
 - un carnet papier sur lequel le patient devait noter plusieurs fois par jour ses données glycémiques, ses unités portions, son activité physique et les doses d'insuline
 - un carnet papier plus ou moins bien rempli
 - un diabétologue qui tous les 6 mois devait lire 6 mois de données, poser un diagnostic à partir de ces données et ajuster une prescription
- dans le parcours actuel
 - La visite conventionnelle est conservée
 - Le diabétologue reste accessible dans le cadre d'un parcours conventionnel.
 - Le médecin généraliste renouvelle toujours les ordonnances et intervient lors d'épisodes infectieux et pour les autres pathologies
 - Les autres spécialistes interviennent toujours pour le suivi des complications
 - Un carnet électronique permet de suivre en temps réel les données du patient
 - Un carnet électronique propose au patient la juste dose d'insuline
 - Les délégués/délégués surveillent à distance les résultats et luttent contre l'instabilité glycémique
 - Des appels téléphoniques ont lieu à partir de niveaux d'intervention identifiés
 - Les signes d'alertes (messages automatisés, listes des patients en difficulté, listes des patients perdus de vue) qui déclenchent l'intervention du délégué
 - Un patient ressentant des signes de malaise ou ayant besoin d'un renforcement motivationnel ou pour calmer une anxiété

peut déclencher un appel téléphonique avec le délégué.

- Un dossier patient partagé donne accès à tous au suivi du patient
- Un plan de soin dans une démarche d'éducation thérapeutique encadre et soutient les actes dérogatoires
- Les actes sont tracés
- Les données sont stockées (constitution d'une base de données précieuses pour la recherche clinique)

*Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégant à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. **Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.***

<i>Temps estimé pour le délégué :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Visite d'initiation: 20 minutes en moyenne ○ Pose d'un diagnostic à partir des glycémies et des alertes : 5 minutes en moyenne ○ Appel téléphonique infirmier: 12 minutes en moyenne ○ Préparation de l'appel téléphonique : 10 minutes ○ Réunions : 1 heure par réunion (pluridisciplinaires et staffs) et 10 minutes pour la rédaction du compte rendu. ○ Coordination avec responsable des délégués 1 heure/semaine
---------------------------------------	---

<i>Temps passé par le délégant avant le transfert :</i>	20 minutes / patient
---	----------------------

<i>Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :</i>	voir ci dessus
--	----------------

Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?

Service de diabétologie du CHSF / CERITD / Domicile patient

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient

Quels sont les critères d'alerte du délégué qui déclenchent l'intervention du délégant, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?

Chez l'adulte :

- **Niveau d'intervention mineure**, l'infirmier n'appelle pas, il analyse les données du carnet de glycémies électronique et saisit un bordereau de télésurveillance. Les critères d'alerte sont :
 - o Hypoglycémies entre 0,55g/l et 0,70g/l
 - o Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1,80$ g/l)
 - Glycémies postprandiales entre 2,20g/l et 4g/l
 - o La présence d'explications du patient dans le champ commentaire plaide plutôt pour un évènement de gravité mineure
- **Niveau d'intervention haute**, en plus de la télésurveillance, l'infirmier appelle le patient, et saisit un bordereau « appel téléphonique ». Les critères d'alerte sont :
 - o Hypoglycémie $< 0,55$ g/l mais gérée par le patient lui-même
 - o Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/ semaine > 3 g/l et cétonémie/cétonurie (0 ou traces)
 - o Hyperglycémie post-prandiale > 4 g/l
 - o L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité haute voire très haute
- **Niveau d'intervention très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une téléconsultation avec le patient. A la suite de l'appel le médecin saisit le bordereau de téléconsultation. Les critères d'alerte sont :
 - o Hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers)
 - o Hyperglycémie à jeun > 3 g/l avec cétonémie/ cétonurie ≥ 1 croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)
 - o L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité haute voire très haute

Chez l'enfant de 12 ans à 17 ans et 11mois :

- **Niveau d'intervention mineure**, l'infirmier n'appelle pas, il analyse les données du carnet de glycémies électronique et saisit un bordereau de « télésurveillance ». Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémies entre 0,60 g/l et 0,70g/l, symptomatiques ou non
 - Hyperglycémies: au moins 3 épisodes/semaine de :
 - Glycémies à jeun ou préprandiales ($\geq 1,80$ g/l)
 - Glycémies post prandiales entre 2,20g/l et 3,5 g/l
 - La présence d'explications du patient dans le champ commentaire plaide plutôt pour un évènement de gravité mineure
- **Niveau d'intervention haute**, en plus de la télésurveillance, l'infirmier appelle les parents du patient et/ou le patient lui-même si ce dernier est autonome dans la gestion de son diabète. L'infirmier saisit un bordereau « appel téléphonique ». Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémie $< 0,55$ g/l $< 0,60$ g/l +/- symptômes (pâleur, sueurs, troubles du comportement, troubles de concentration....)
 - Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/ semaine $> 2,80$ g/l et cétonémie/cétonurie (= 0 ou traces)
 - Hyperglycémie post-prandiale $> 3,5$ g/l
 - L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité haute voire très haute
- **Niveau d'intervention très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une téléconsultation avec le patient et contacte également les parents du patient. A la suite de l'appel le médecin saisit le bordereau de téléconsultation. Les critères d'alerte sont :
 - Hypoglycémie sévère avec trouble de conscience ou somnolence, empêchant la prise de sucre par la bouche, *(et si un contrôle glycémique peut être réalisé, un taux de glycémie < 60 mg/dl ou «Lo» sur l'écran du lecteur).*
 - Hyperglycémie à jeun $> 2,80$ g/l avec cétonémie/ cétonurie ≥ 1 croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)
 - L'absence d'explications du patient dans le champ commentaires plaide plutôt pour un évènement de gravité très haute

Listes informatiques permettant de sécuriser la prise en charge chez les adultes et les enfants:

- liste des patients dit en difficulté : patients dont les deux dernières HbA1c sont > 9% en dehors de la première
- Liste des patients perdus de vue, si le patient n'est pas joignable par le délégué au bout de deux appels, il prévient le délégant.
- Patients ne s'étant pas synchronisés régulièrement
- Liste de messages d'analyse automatique

En cas de doute du délégué fera toujours appel au délégant

Listez les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

Les risques inhérents à ce transfert d'actes de soins et de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé, sont :

- Refus d'acceptation du patient
- Bug informatique du carnet électronique ne proposant pas la bonne dose
- Erreur de diagnostic lors de l'interprétation des données par le délégué
- Erreur de prescription des doses d'insuline par le délégué
- Traitement des hypoglycémies inadapté par le délégué
- Traitement des hyperglycémies inadapté par le délégué
- Télésurveillance non faite régulièrement par le délégué
- Délégué qui ne répond pas à l'appel d'urgence d'un patient
- Formation insuffisante du délégué par le délégant

Quelles sont les actions préventives mises en œuvre eu égard aux risques identifiés ?

- Information patient descriptive et rassurante sur le rôle de chacun et sur le rôle de superviseur du médecin expert
- Formation au carnet électronique
- Mise en place de bornes dans le carnet électronique limitant les erreurs de tous les intervenants
- Education du patient et de son entourage à repérer les signes d'alerte d'instabilité glycémique
- Education du patient et de son entourage au resucrage
- Education du patient et de son entourage à la procédure traitement des hyperglycémies
- Education du patient sous pompe et de son entourage à repasser à la multiinjection
- Education du patient au carnet électronique et à la validation des doses proposées
- Consultation par les délégants du dossier patient partagé de façon aléatoire au moins une fois tous les 15 jours
- Liste dans l'ePEP des patients en difficulté (2 dernières HbA1c > 9%)
- Liste dans l'ePEP des patients perdus de vue
- Liste des patients non vus
- Liste dans l'ePEP des messages automatisés
- Formation continue des délégués

Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Dans le cadre de l'étude clinique (annexe 1) et conformément à la législation en vigueur les événements indésirables graves feront l'objet d'une déclaration au comité de protection des personnes et à l'ANSM (annexe 13). Un rapport annuel de sécurité est adressé à l'ANSM et au comité de protection des personnes, il comporte la liste des événements rencontrés et une réévaluation du risque. Face à un événement indésirable grave, dès qu'il en a connaissance le délégué prévient immédiatement le délégant. Une procédure de prise en charge du patient avec les mesures correctives nécessaires est immédiatement réalisée par le délégant après évaluation de la relation entre l'événement et le suivi par le délégué. Un correspondant matériovigilance est nommé Les déclarations d'événements indésirables graves de pharmacovigilance sont assurées par les délégants (Formulaire Cerfa 10246*04).

Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Le système d'information partagée entre les professionnels permet la gestion des événements indésirables. L'accès superuser permet une synthèse entre 2 périodes déterminées des événements indésirables.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?

	Modalités d'analyse des pratiques du délégué		Modalités d'analyse des pratiques du délégant	
	Avant la coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques
<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Staff en établissement de santé		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	<input type="checkbox"/>

Ⓜ Zone info

Avant la coopération, les professionnels de santé peuvent être engagés dans des modalités d'analyse des pratiques différentes.

Pendant la mise en œuvre du protocole de coopération, il est fortement recommandé que les professionnels de santé s'inscrivent ensemble dans un même processus d'analyse des pratiques.

IV. – PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

<i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	1 fois par semaine
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	La première a lieu un mois après la mise sous télé médecine. Tous les dossiers patients sont revus au moins une fois par trimestre.
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	1 fois par semaine qui peut être adapté en rythme et en temps selon les habitudes du service et si les délégants sont à proximité, ou réalisé aussi par téléconférence
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input checked="" type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	Selon le rythme et le temps des habitudes du service, et si le médecin est à proximité du délégué
	<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	au minimum une fois par mois
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	analyse annuelle des statistiques concernant les principaux indicateurs contenus dans le dossier patient partagé électronique

Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?

Le logiciel ePEP permet une analyse qualitative et quantitative par le référent des délégants et le référent des délégués.

Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération

<i>Pour le patient :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amélioration ou stabilisation de l'HbA1c ➤ Prévention de l'instabilité glycémique chronique ➤ Traitement des accidents/incidents hypoglycémiques/hyperglycémiques ➤ Accompagnement motivationnel constant ➤ Diminution des hypoglycémies ➤ Diminution des hyperglycémies ➤ Prévention des complications
--------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduction des hospitalisations, des transports et des arrêts de travail ➤ Gestion du stress afférent au traitement ➤ Réponse immédiate par un soignant reconnu en cas de problème quelque soit le niveau de gravité
<i>Pour le délégué :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Niveau d'expertise élevé ➤ Contact de proximité avec le patient ➤ Travail en équipe
<i>Pour le délégant :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gain de temps médical permettant <ul style="list-style-type: none"> • un rôle d'expert renforcé • un suivi renforcé sur les patients en difficulté • une diminution des patients perdus de vue • des patients mieux équilibrés ➤ Travail en équipe

V. – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

<p><i>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</i></p>	<p>Le travail de rédaction de ce protocole de coopération est le fruit d'un travail collaboratif de toute une équipe motivée centrée sur l'amélioration du soin pour ses patients. L'Association Française des Diabétiques et la Société Francophone du Diabète soutiennent ce projet et ont participé à son l'élaboration. Le protocole sera révisé en fonction de l'actualisation des recommandations et des autres références utilisées.</p>
<p><i>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, citer la référence : INFO-BULLE</p>
<p><i>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? Si oui : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, dans quel pays ? <input type="text"/> Coordonnées personne contact : <input type="text"/></p>

VI. – EXPERIENCES ACQUISES ET/OU FORMATIONS THEORIQUES ET PRATIQUES SUIVIES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES

Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

Décrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice

Les infirmiers sont tous diplômés d'état. Ils sont formés pendant 6 semaines de stage d'accueil complétée par deux semaines d'immersion en service d'endocrinologie pédiatrique selon la prise en charge ou pas d'enfants. Ils sont évalués chaque fin de semaine sur l'appropriation des connaissances et, en cas de besoins, des formations supplémentaires sont mises en place selon leurs niveaux d'appropriation d'une semaine sur l'autre. Ce stage est validé par une évaluation finale. A l'issue de celle-ci, une formation complémentaire pourra être envisagée en fonction du cursus du délégué et de ses acquis. Un bilan des connaissances est toujours fait au départ pour adapter la formation en temps et en contenu selon les acquis.

Il comprend (annexe 14):

Une formation aux actes dérogatoires :

Semaine 1: Acquisition des bases du diabète, physiopathologie et traitement (rôle de l'insuline et comment la prescrire, indications, contre-indications, effets secondaires) ;

Semaine 2 : Acquisition des connaissances de la semaine 1

Semaine 3 : Découverte de l'éducation thérapeutique, appropriation de la démarche du Plan d'Education Personnalisé et du protocole de coopération

Semaine 4: Formation au matériel (lecteurs glycémiques, holters glycémiques, pompes à insuline, carnet électronique, logiciel ePEP, traitement des accidents...);

Semaine 5: Mise en situation pratique et acquisition de l'autonomie à partir de cas cliniques

Semaine 6: Mise en situation d'autonomie : immersion dans les services avec supervision téléphonique de deux délégués seniors

Deux semaines d'immersion suivent ce stage en service d'endocrino-pédiatrique

<p><i>Décrivez le contenu <u>minimum</u> de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Le médecin responsable de la formation a la responsabilité totale de l'acquisition de ces bases théoriques (140h).</p> <p>Une formation aux "connaissances diabète" (annexe 14) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition, classification, signes du diabète de type 1 et du diabète de type 2 • Régulation du glucose dans le sang : parcours physiologique, l'insuline, les deux sources du glucose dans le sang ,la régulation de la glycémie et ses différents acteurs • Définition d'une insuline rapide : Leurs différents modes d'administration • Indication et contre indication de l'insuline rapide • Définition d'un bolus. Indications. • Activité physique et insuline. • Définition d'une insuline basale. Mécanisme d'action. Indication. • Définition du basal bolus. • Traitements et prise en charge pour le patient diabétique de type 1 • Traitements et prise en charge pour le patient diabétique de type 2 • Définition et objectifs de l'insulinothérapie fonctionnelle : Calcul des unités/ portion, validation des unités/ portion, compensation. Calcul de l'insulino-sensibilité. • Définition de la télémédecine et de ses 4 actes qui définissent la télémédecine. • Définition et objectifs de la coopération interprofessionnelle. Qu'est ce qu'un acte dérogatoire ? • Définition et objectifs de la démarche éducative d'un Plan d'Education Personnalisé • Définition de la glycémie à jeun, post prandiale: normes, à quoi servent-elles ? quand les faire ? Comment les maîtriser. Quels objectifs glycémiques pour quels patients? • La mesure continue du glucose : définition, objectifs, comment la réaliser. • La glycémie capillaire : définition, objectifs, comment la réaliser. • L'HbA1c : définition, objectifs, comment la réaliser.
<p><i>Décrivez la formation pratique <u>minimale</u> suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>La formation pratique se fait sous la responsabilité d'un binôme médecin/infirmier sénior responsables de la validation finale du stage. Elle se fait de façon progressive vers l'autonomie après l'acquisition des bases théoriques de la physiopathologie et du traitement du diabète. Le médecin responsable de la formation a la</p>

	<p>responsabilité totale de l'acquisition de ces bases théoriques. Le délégué sénior a la responsabilité de la mise en pratique des connaissances théoriques. Cette mise en application se fait à partir d'exercices sur des cas cliniques pour aboutir à l'autonomie auprès du patient. Cette autonomie est alors supervisée par le binôme en back up. Chaque fin de semaine les connaissances sont évaluées, validées ou pas par le binôme. Qui validera au bout de 6 semaines si le délégué est apte à exercer l'activité dérogatoire.</p> <p>Contenu de la formation pratique (Annexe 14 et 15) :</p> <p>A. La formation informatique Formation au carnet électronique et au logiciel ePEP</p> <p>B. Formation au télésuivi par Plan d'Education Personnalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce que la télémédecine généralités? - La prise en charge du patient diabétique de type 1 par la télémédecine - Pourquoi un carnet glycémique électronique? données actuelles - Qu'est ce qu'un carnet électronique? - les avantages du carnet électronique: Patients/soignants - Les acteurs du carnet électronique - Présentation du logiciel - Mise en place du carnet électronique - Interprétation des résultats glycémiques <p>C. formation à la gestion des hypoglycémies et hyperglycémies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les signes d'une hypoglycémie • Prévention de l'hypoglycémie • Les signes d'une hyperglycémie • Traitement d'une hyperglycémie • Comment et quand calculer le resucrage ? • Comment valider la compensation ? • Comment valider le resucrage ?
--	---

<i>Précisez le nombre d'heures <u>minimum</u> de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser</i>	INFO-BULLE			
<i>l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	Nombre d'heures de formation théorique	140	Nombre d'heures de formation pratique	140
<i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Soit ayant exercé en service de diabétologie pendant trois ans, - Soit ayant une expérience de 3 ans d'exercice dans des services de prise en charge de patients atteints de maladie chronique (annexe 16) <p>Un bilan des connaissances sera fait à l'embauche et le stage pourra être prolongé et adapté en fonction des besoins identifiés et des acquis.</p>			

VII. – INDICATEURS SELON LESQUELS L'EFFICACITE, LA SECURITE, L'UTILITE ET LE COUT DE MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE SERONT APPRECIES

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ?

Un indicateur n'a de sens qu'au regard de l'objectif poursuivi. Il appartient aux professionnels de santé, en fonction de la nature de leur activité, de l'objectif(s) poursuivi(s), de définir leurs indicateurs dans les 5 champs ci-dessous et lorsque cela est possible, ils fixeront un seuil d'alerte c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les professionnels de santé devront réagir. Dans certains cas, les seuils d'alerte ne pourront être fixés qu'au vu des résultats des indicateurs de suivi.

- Indicateurs d'activité
 - Taux d'adhésion au protocole des patients (Définition: Nombre de patients ayant donné leur accord pour bénéficier du protocole/ nombre de patients éligibles informés)
 - Taux d'adhésion au protocole des professionnels (Définition: Nombre de professionnels participant au protocole/ nombre de professionnels éligibles)
 - Taux de sortie du protocole des patients
- Indicateurs de qualité et de sécurité
 - Taux brut d'alertes (Définition: nombre d'alertes du délégant par le délégué / nombre d'actes délégués
Précision: une alerte est le recours du délégué au délégant au cours de la réalisation de l'acte quelle qu'elle soit (par téléphone, de visu ou auprès du patient, immédiatement ou de manière décalée)
 - Taux d'alertes pertinentes (Définition : nombre d'alertes jugées pertinentes car conforme à un critère d'alerte et/ou justifiées par l'équipe / nombre d'alertes)
 - Taux de reprises (Définition: nombre d'actes réalisés en totalité ou partiellement par le délégant après intervention du délégué quelqu'en soit le moment
Cet indicateur peut être comparé entre délégués et/ou entre délégué et délégant
- Analyse des pratiques
 - Taux d'analyse collective des alertes
Définition: nombre d'alertes analysées en équipe/ nombre d'alertes
Précision : L'équipe est constituée des professionnels de santé assurant la prise en charge du patient, elle comporte au minimum tous les professionnels mentionnés nominativement dans le protocole de coopération.
 - Taux d'analyse collective des EI (Définition: nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus)

- Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée (Seules les réunions d'équipe effectivement réalisées ayant fait l'objet d'un compte rendu accompagné de sa liste d'émergence sont prises en compte pour cet indicateur.)

Précision : Des réunions de l'équipe concernée par le protocole de coopération sont organisées régulièrement. Elles peuvent prendre des formats divers, adaptés au secteur d'activité (staff, groupe d'analyse des pratiques). Les modalités d'organisation de ces réunions (fréquence, durée, lieu, participants, sélection des dossiers, modalités d'analyse, rédaction de compte rendus, etc ...) sont précisées dans une procédure ou charte ou règlement intérieur.

- Satisfaction des acteurs (professionnels et patients)

- Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la formation suivie
- Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis du protocole de coopération
- Taux de satisfaction des délégants vis-à-vis de la coopération mise en place

Précision : Ces indicateurs sont construits à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

- Impact organisationnel

- Délai de 1er rendez-vous des patients inclus

Définition : délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué

Précision : le délai médian est la médiane du temps en jours (ou en heures), entre la décision de prise en charge dans le cadre de la coopération et la date (ou heure) de rendez-vous avec le délégué

Libellé de l'indicateur	Taux d'adhésion au protocole des patients (Définition: Nombre de patients ayant donné leur accord pour bénéficier du protocole/ nombre de patients éligibles informés)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	Année 1 = 10% Année 2 = 20% Année 3 = 30% Année 4 = 40 % Année 5 = 50%
Définition de l'indicateur	Pourcentage de patient ayant donné leur accord
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi) et dossier source
Numérateur	Nombre de patients ayant signés le formulaire de consentement
Dénominateur	Nombre de patients éligibles informés
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Réalisation d'une bonne information patient, le temps passé pour l'information patient doit permettre une information sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur
Remarque(s)	

Libellé de l'indicateur	Taux d'adhésion au protocole des professionnels (Définition: Nombre de professionnels participant au protocole/ nombre de professionnels éligibles)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100% pendant la période évaluée
Définition de l'indicateur	Proportion de professionnels participant au protocole
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi)
Numérateur	Nombre de professionnels participant au protocole
Dénominateur	Nombre de professionnels éligibles
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Développer les outils pour améliorer la communication interprofessionnelle
Remarque(s)	

Libellé de l'indicateur	Taux de sortie du protocole des patients
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	≤ 20 %
Définition de l'indicateur	Proportion de patients sortis du protocole pendant la période évaluée / nombre de patients inscrits au début de la même période
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi)
Numérateur	Nombre de patients sortis du protocole pendant la période évaluée
Dénominateur	Nombre de patients entrés dans le protocole au début de la période évaluée
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Développer l'éducation thérapeutique : patient acteur du protocole de coopération
Remarque(s)	Les sorties du protocole concernent : les refus, les perdus de vue... Ils peuvent être également du au déménagement, décès du patient...

Libellé de l'indicateur	Taux brut d'alertes (Définition: nombre d'alertes du délégant par le délégué / nombre d'actes délégués)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	diminuer ou maintenir l'HbA1c en fonction de la dernière HbA1c à l'entrée dans le protocole Réduire le nombre d'incidents hypoglycémique ou hyperglycémique
Définition de l'indicateur	Nombre d'alertes du délégant par le délégué
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi) et rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	Nombre d'alertes du délégant effectuées par le délégué (recours au délégant)
Dénominateur	Nombre d'actes réalisés par le délégué
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Augmentation pourcentage de patient dont les 2 dernières HbA1C sont sup à 9% en dehors de la première Augmentation de 1% des patients perdu de vue
Recommandation	Un staff pourrait réunir l'équipe pluridisciplinaire pour le suivi des patients en difficulté Une fois par semaine, le référent des délégués pour le suivi des patients perdu de vue
Remarque(s)	Précision: une alerte est le recours du délégué au délégant au cours de la réalisation de l'acte quelle qu'elle soit (par téléphone, de visu ou auprès du patient, immédiatement ou de manière décalée)

Libellé de l'indicateur	Taux d'alertes pertinentes (Définition : nombre d'alertes jugées pertinentes car conforme à un critère d'alerte et/ou justifiées par l'équipe / nombre d'alertes)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline pourraient bénéficier de ce suivi
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	Atteindre 100% pendant la période évaluée
Définition de l'indicateur	nombre d'alertes du délégant par le délégué jugées pertinentes (qui respecte les niveaux de gravité) et nécessitant un acte du délégant/ nombre d'alertes du délégant par le délégué
Modalités de recueil des données	Fichier de suivi interne
Numérateur	nombre d'alertes du délégant par le délégué jugées pertinentes
Dénominateur	nombre d'alertes du délégant par le délégué
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	> 5% d'alertes non pertinentes pendant la période évaluée
Recommandation	Se tenir à une formation initiale et continue de haut niveau. Une supervision des actes dérogatoire par le délégant.
Remarque(s)	La pertinence des alertes dépend du niveau de formation du délégué

Libellé de l'indicateur	Taux de reprises (Définition: nombre d'actes réalisés en totalité ou partiellement par le délégant après intervention du délégué quelqu'en soit le moment)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline pourraient bénéficier de ce suivi
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	< 2% pour la période évaluée
Définition de l'indicateur	Nombre d'actes dérogatoires réalisés en totalité ou partiellement par le délégant après intervention du délégué quelqu'en soit le moment / Nombre d'actes dérogatoires du délégué
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi)
Numérateur	Nombre d'actes dérogatoires réalisés en totalité ou partiellement par le délégant après intervention du délégué quelqu'en soit le moment
Dénominateur	Nombre d'actes dérogatoires du délégué
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Se tenir à une formation initiale et continue de haut niveau. Une supervision des actes dérogatoire par le délégant. Des réunions pluridisciplinaires et des staffs préparé ou les échanges sont constants.
Remarque(s)	Le taux de reprise est dépendant du niveau de formation du délégué Cet indicateur peut être comparé entre délégués et/ou entre délégué et délégant

Libellé de l'indicateur	Délai de 1 ^{er} rendez-vous des patients inclus Définition: nombre d'alertes analysées en équipe/ nombre d'alertes
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	≤ 5 jours
Définition de l'indicateur	Délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi)
Numérateur	<i>médiane du temps en jours, entre la décision de prise en charge dans le cadre de la coopération et la date de rendez-vous avec le délégué</i>
Dénominateur	
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	La continuité et la permanence des soins ont été organisées. Les RDV téléphoniques infirmiers sont sans délai d'attente et adaptés aux disponibilités du patient afin d'éviter les arrêts de travail.
Remarque(s)	Précision : L'équipe est constituée des professionnels de santé assurant la prise en charge du patient, elle comporte au minimum tous les professionnels mentionnés nominativement dans le protocole de coopération.

Libellé de l'indicateur	Taux d'analyse collective des alertes de gravité haute (Définition: nombre d'alertes analysées en équipe/ nombre d'alertes)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100% pour la période évaluée
Définition de l'indicateur	nombre d'alertes de gravité haute analysées en équipe/ nombre d'alertes de gravité hautes
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi) et fichier interne de suivi/rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	nombre d'alertes de gravité haute analysées en équipe
Dénominateur	nombre d'alertes de gravité haute générées
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Formation du délégué à poser un diagnostic à partir du suivi glycémique de ses patients.
Remarque(s)	<i>Précision : L'équipe est constituée des professionnels de santé assurant la prise en charge du patient, elle comporte au minimum tous les professionnels mentionnés nominativement dans le protocole de coopération.</i>

Libellé de l'indicateur	Taux d'analyse collective des EI (Définition: nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	100% pour la période évaluée
Définition de l'indicateur	nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi) et rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	nombre d'EI analysés en équipe
Dénominateur	nombre d'EI survenus déclarés
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Une formation spécifique des délégués à identifier et à traiter les EI.
Remarque(s)	

Libellé de l'indicateur	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée (Seules les réunions d'équipe effectivement réalisées ayant fait l'objet d'un compte rendu accompagné de sa liste d'émargement sont prises en compte pour cet indicateur.)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	Tous les dossiers patients doivent être revus au moins une fois par trimestre Un staff pourrait réunir l'équipe pluridisciplinaire délégué/délégant pour la mise en place des mesures correctives nécessaires Une fois par semaine, le référent des délégués réunit l'équipe de délégués pour un travail coopératif d'évaluation et de formation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.
Définition de l'indicateur	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée (Seules les réunions d'équipe effectivement réalisées ayant fait l'objet d'un compte rendu accompagné de sa liste d'émargement sont prises en compte pour cet indicateur.)
Modalités de recueil des données	Tableau de suivi interne
Numérateur	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée
Dénominateur	
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	< 10% de réunions non réalisées pendant la période de suivi
Recommandation	Toutes les semaines le référents des délégués doit faire un suivi des prises de rendez vous entre délégués et délégants. Le référent de délégués doit : <ul style="list-style-type: none"> • Faire circuler entre tous les acteurs les dates de planification des staffs. • Vérifier la qualité et la quantité des comptes rendu de réunion pluridisciplinaires et des staffs. • Faire des bilans trimestriels de l'assiduité des acteurs à la réalisation des réunions.
Remarque(s)	Précision : Des réunions de l'équipe concernée par le protocole de coopération sont organisées régulièrement. Elles peuvent prendre des formats divers, adaptés au secteur d'activité (staff, groupe d'analyse des pratiques ...). Les modalités d'organisation de ces réunions (fréquence, durée, lieu, participants, sélection des dossiers, modalités d'analyse, rédaction de compte rendus, etc...) sont précisées dans une procédure ou charte ou règlement intérieur.

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la formation suivie
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfait / Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire
Modalités de recueil des données	Questionnaire de satisfaction Au cours des réunions hebdomadaires des délégués avec le référent des délégués un brainstorming est réalisé pour identifier les besoins
Numérateur	Nombre de délégués satisfait
Dénominateur	Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire
Périodicité	A chaque session de formation et annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Faire faire la formation par des équipes expérimentées et maîtrisant ce type de protocole de coopération
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis du protocole de coopération
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100 %
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfaits / Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire
Modalités de recueil des données	Questionnaire de satisfaction Au cours des réunions hebdomadaires des délégués avec le référent des délégués un brainstorming est réalisé pour identifier les besoins
Numérateur	Nombre de délégués satisfaits
Dénominateur	Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire
Périodicité	semestriel
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Bilan de leur niveau de satisfaction à mi année pour réajuster et mettre en place des mesures correctives si nécessaires
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la coopération mise en place
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfaits / Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire
Modalités de recueil des données	Questionnaires de satisfaction
Numérateur	Nombre de délégués satisfaits
Dénominateur	Nombre de délégués ayant répondu au questionnaire
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Le référent des délégués doit former et informer au protocole de coopération ses délégués et les accompagner.
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Taux de satisfaction des délégants vis-à-vis de la coopération mise en place
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégants satisfaits / Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire
Modalités de recueil des données	Questionnaires de satisfaction
Numérateur	Nombre de délégants satisfaits
Dénominateur	Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Le référent des délégants doit former et informer au protocole de coopération ses délégants et les accompagner.
Remarque(s)	Précision : Cet indicateur est construit à partir des réponses à un questionnaire ad hoc. La moyenne des « notes » de satisfaction de chaque questionnaire (sur une échelle de 1 à 5 par exemple) des personnes ayant répondu est rapportée au nombre de personnes ayant répondu.

Libellé de l'indicateur	Taux de patients suivi dans le cadre du protocole
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	2283 patients diabétiques traités par insuline éligibles
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques type 1 et type 2, enfants (de 12 à 17 ans et onze mois) et adultes, traités par insuline nécessitant une prise en charge spécialisée
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de patients suivis dans le cadre du protocole/ nombre de patients éligibles au protocole
Modalités de recueil des données	Système d'information partagée entre les professionnels (logiciel de télésuivi) et dossier source
Numérateur	Nombre de patients suivis dans le cadre du protocole
Dénominateur	Nombre de patients éligibles au protocole
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Non applicable – correspond aux objectifs
Recommandation	Suivi hebdomadaire des perdus de vue avec plan d'action Suivi hebdomadaire des patients en difficultés et des non vus (6mois et 1 jours) afin qu'ils ne deviennent pas des perdus de vus.
Remarque(s)	

VIII. – COMPETENCES COMPLEMENTAIRES A INSCRIRE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES

Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale

Formation à l'écoute active, empathie, rigueur.

Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)

Formation à l'éducation thérapeutique (AFDET: Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique)

ESPACE À DISPOSITION POUR TOUTE(S) INFORMATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) SUR LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

L'activité de télémédecine du CERITD a fait l'objet d'un dépôt de dossier de contractualisation/financement télémédecine (annexe 18)

ANNEXE I. – FICHE DESCRIPTIVE DE PRESENTATION D'UN INDICATEUR*

Libellé de l'indicateur	
Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	
Population concernée par le protocole de coopération	
Objectif à atteindre	
Définition de l'indicateur	
Modalités de recueil des données	
Numérateur	
Dénominateur	
Périodicité	
Seuil d'alerte	
Recommandation professionnelle	
Remarque(s)	

 Lien

* Fiche téléchargeable sur www.has-sante.fr.

 Zone info

Des exemples d'indicateurs formulés selon la fiche descriptive de présentation d'un indicateur sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

ANNEXE II. – DEFINITIONS*

Délégrant :	<i>Professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.</i>
Délegué :	<i>Professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégrant.</i>
Astreinte :	<i>Le délégrant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</i>
Supervision :	<i>Le délégrant est informé à des moments clés du processus</i>
Validation :	<i>Le délégrant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</i>

* Source : « Concevoir un projet de coopération : Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante » - HAS 2010.