

PARCOURS DIABETE DE TYPE 2 CHEZ L'ADULTE

ACTEUR.ICES

- Médecins généralistes
- IPA, IDSP, IDEL
- Pharmaciens
- Diététiciennes, APA, pédicure
- Spécialistes : néphrologue, endocrinologue, cardiologue
- CPTS
- Etablissements hospitaliers
- Aidant.es
- Aides à domicile
- Proxydiab, AFD38, MRSI, Prescri'bouge
- CPAM (Sophia)

CONTEXTE LOCAL

- Diabète de type 2 : 4.3% de la population, soit 1 256 patients (5.2% en France et 4.8 sur le département)
- 13,5% des patients consommateurs de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant (projet de santé).
- 2 infirmières Asalées à temps partiel sur le territoire (un cabinet médical et une MSP)
- Des patients pratiquant le jeûn (ramadan notamment) et nécessitant donc une adaptation des recommandations et du suivi de la maladie.

BESOINS ET DIFFICULTÉS IDENTIFIÉES

- Difficulté d'accès aux soins : patients diabétiques sans MT, ce qui nécessite un suivi renforcé
- Prises en charge en sortie d'hospitalisation parfois difficiles (manque d'anticipation et d'organisation), voir risque de rupture de soins (si pas de MT et/ou IDE)
- Disparité des pratiques entre médecins
- Manque d'information des patients. Besoin d'une communication renforcée autour de la nutrition et de l'APA
- Besoin d'information concernant les professionnels et le public concerné par le DT2 et la pratique du jeûne

OBJECTIFS

- Amélioration de la PEC des patients avec DT 2
- Harmonisation des pratiques des professionnels de santé
- Prévention des complications et prise en charge des décompensations
- Fluidifier le parcours de soin
- Faciliter l'accès à un MT et/ou une IDE pour les patients atteints d'un DT2 qui n'en auraient pas à ce jour.
- Adapter les recommandations en cas de jeûne (à destination des patients et des professionnels (2025)

ACTIONS

- Diffusion des recommandations aux professionnels du premier recours
- Information sur les dispositifs territoriaux
- Ateliers collectifs de sensibilisation à l'APA et à la nutrition
- Formation professionnelle des PS souhaitant s'impliquer dans le parcours
- Création d'un répertoire
- Mise à disposition de ressources à destination des professionnels [T1 2025] et des patients [T2 2025]
- Aide à la recherche de MT et/ou IDE par la CPTS pour les patients diabétiques, avec critère de priorité lié à l'ALD

EVALUATION

- Nombre de professionnels engagés dans le parcours
- Nombre de patients entrés dans le parcours
- Nombre de patients participant aux ateliers collectifs de sensibilisation à l'APA et à la nutrition
- Nombre de patients atteints de DT2 pour lesquels la CPTS a trouvé un médecin traitant
- Evaluation de la satisfaction des professionnels et des patients engagés dans le parcours.

DOCUMENTS

- **Annexe 1** : répertoire
- **Annexe 2** : Activité physique adaptée
 - **2A** : prescription Prescri'bouge,
 - **2B** : outils à destination des professionnels
- **Annexe 3** : ordonnance de surveillance biologique du patient
- **Annexe 4** : calcul du RCV : calculateur de risque ESC SCORE OP/SCORE 2
- **Annexe 5** : Hypertension artérielle
 - **5A** : fiche d'automesure tensionnelle pour éliminer l'effet blouse blanche
 - **5B** : ressources à destination des professionnels
- **Annexe 6** : Le pied diabétique
 - **6A** : Dépistage et prise en charge préventive des complications podologiques
 - **6B** : gradation du risque d'ulcération pour le pied du patient diabétique

A construire (1^e semestre 2025)

- **Annexe 7** :
 - **7A** : Fiche d'entrée dans le parcours (à destination des patients)
 - **7B** : Fiche d'engagement dans le parcours, à destination des pros
- **Annexe 8** :
 - Fiche évaluation annuelle de la satisfaction des patients [à construire S1 2025]
 - Fiche évaluation annuelle de la satisfaction des professionnels [à construire S1 2025]
- **Annexe 9** : support de communication sur DT2 et la pratique du jeûne

GROUPE DE TRAVAIL ET RÉFÉRENTS

Composition du groupe de travail :

- 2 médecins généralistes
- 2 IDEL
- 1 infirmière IPA / Asalée
- 2 MKDE
- 2 pharmaciens
- la coordinatrice de la CPTS

Référentes de parcours

- Régine Guinet, infirmière Asalée et IPA
- Marion Breillad, médecin généraliste
- Alice Dessertine, coordinatrice de la CPTS

Mise à jour des recommandations de manière annuelle par les référents médicaux de parcours

Evaluation et mise à jour du parcours (méthodologie et rédaction) : les 3 référentes du parcours

1/ PRISE EN CHARGE INITIALE SIMPLE

DU REPERAGE AU DIAGNOSTIC ET A LA PRISE EN CHARGE INITIALE

MEDECIN TRAITANT

Suivi médical du médecin généraliste en 3 étapes :

1e étape : réalisation du Findrisc

2e étape : Selon le résultat :

- GAJ/HbA1C
- Déterminer l'objectif HbA1C

Si 2 GAJ > 1,26 = DT2 (3 mois, sauf cas particulier urgent)



A METTRE EN PLACE DÈS LA SUSPICION DE DT2 (DÈS LES RESULTATS DE LA 1E GAJ > 1.26)



SI DT2 AVÉRÉ (2E GAJ > 1.26)

1/ PRESCRIPTION D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (VOIR ANNEXE 2)

- Prescription APA (voir annexe 2)
- Orientation vers une IPA, IDSP (Asalée) lorsque c'est possible
- Orientation vers Prescribouge pour un bilan et définition de l'APA (annexe2)
- La CPTS propose dans le cadre du parcours 2 séances collectives de sensibilisation à l'APA

2/ CONSEILS DIÉTÉTIQUES ADAPTÉS

- Orientation vers IDSP ou IPA lorsque c'est possible. Et/ou si ce n'est pas le cas :
- Orientation vers une séance collective de sensibilisation à l'équilibre alimentaire proposé par la CPTS et/ou
- Orientation vers ProXdiab38 et/ou la MRSI pour de l'ETP

Posture ETP afin de promouvoir l'adhésion du patient

LA PRISE EN CHARGE

- Prescription de traitements antidiabétiques oraux
- Surveillance biologique type (voir ordonnance type - annexe 3)
- prise en charge en risque cardio vasculaire (RCV)
- déclaration ALD 8 par le médecin pour une prise en charge (PEC) à 100%

LE SUIVI

- Consultation médicale / IPA par trimestre
- Visite annuelle : Bilan suivi, microfilament, ECG, IPS
- Bilan annuel des ressources et difficultés du patient dans la prise en charge (PEC) de la pathologie chronique. Réorientation vers les ateliers collectifs APA et/ou équilibre alimentaire si besoin

MEDECINS, IPA, IDSP, DIETETIEN.NES

ASSURANCE MALADIE

SERVICE SOPHIA DIABETE (ASSURANCE MALADIE)

- Rappel des examens médicaux
 - Conseils, coaching (activité physique, alimentation, arrêt du tabac)
 - Plateforme téléphonique d'accompagnement des patients diabétiques < 18 ans
- Tel : 0 811 709 709

2/ PREVENTION DES COMPLICATIONS



1/ LE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (ANNEXE 4)

- Calcul RCV - **une fois et selon besoin** (annexe 4)
- Biologie de contrôle et ECG - **annuel**
- Dépistage SAOS - **selon facteur de risque**
- Contrôle tensionnel - **tous les 3 mois** (annexe 5)
- Contrôle EAL - **annuel**
- Suivi cardio et angiologie **selon risque**
- réalisation des tests de dépistage de l'ischémie silencieuse - **annuel**
- ETP pour alimentation, activité physique, arrêt du tabac - **annuel**

Voir répertoire : annexe 1
Hotline cardio (MonSisra)



2/ NÉPHROLOGIQUE

- Contrôle RAC, DFG, créatinine - **annuel**

Orientation vers un néphrologue :
 > conseillé dès qu'il existe un doute diagnostique sur l'origine diabétique de l'atteinte rénale
 > dès que le DFG est inférieur 45ml/mn/1,73m² (stade 3B d'insuffisance rénale chronique).

> surveillance de la protéinurie par le médecin traitant et orientation néphrologique au besoin

Voir répertoire - annexe 1
Hotline néphro - Monsisra



3/ NEUROPATHIE

- Examen des pieds et gradation du pied - **annuel**
- Microfilament - **annuel** (annexe 6A)
- Orientation vers pédicure - **selon gradation** (annexe 6B)



4/ DENTAIRE ET OPHTALMOLOGIQUE

- Consultation dentiste - **annuel**
- Consultation ophtalmologique avec fond d'oeil pour surveillance retinopathie diabétique - **tous les 2 ans (1 an si déséquilibre)**
- chez les patients traités par insuline : visite en ophtalmologie - **annuel**

3/ COMPLICATIONS / DECOMPENSATIONS / AVIS URGENTS



1/ DIABETIQUE

- Déséquilibre important : implique une adaptation thérapeutique
- Décompensation cétosique DT1 ou DT 2
- Découverte de DT
- Hypoglycémies sévères
- Acidose lactique en lien avec la Metformine (contexte infectieux)



2/ SEPTIQUES ET PLAIES

- Pour le pied diabétique : prévoir doppler et radio, courrier d'entrée
- Signe d'alerte : fièvre, douleur++, plaie avec odeur désagréable, écoulement, rougeur, froideur, pouls pédieux non perçus



3/ NUTRITIONNELLES

- Suspicion de troubles neurologiques d'origine carencielle (chirurgie bariatriques)



4/ ENDOCRINOLOGIQUE POUR Y PENSER

- Hyperthyroïdies mal tolérées cliniquement
- Hypercalcémie sup 3 mmol/l
- Hypocalcémie symptomatique
- Insuffisance surrénale aigue
- découverte phéochromocytome
- Hypophyse : nécrose hémorragie hypophysaire ou syndrome chiasmatique aigue

AVIS URGENTS : SENIORS D'ASTREINTE : 04.76.76.92.57

AVIS NON URGENTS (VIA MONSISRA):

**“DIABÉTOLOGIE ADULTE TELEEXPERTISE CHU GRENOBLE ALPES SITE NORD “
”ENDOCRINO DIABETO ADULTE SECRETARIAT CHU GRENOBLE ALPES SITE
NORD “**

4/ SORTIE D'HOSPITALISATION POUR PLAIE DU PIED DIABÉTIQUE

OBJECTIFS

- Améliorer la coordination des acteurs de la ville en post-hospitalisation
- diminuer le risque de post-hospitalisation
- Limiter les risques de rupture de soins
- Favoriser l'utilisation des outils de e-parcours

ACTIONS

- Coordination avec de le service de diabétologie
- soutien de la CPTS à la coordination des acteurs de ville
- Diffusion des recommandations et signes d'alerte

SIGNAUX D'ALERTE ET DEMANDES D'AVIS URGENTS : VOIR PAGE PRECEDENTE

ANTICIPER SUR LA SORTIE D'HOSPITALISATION

- Le patient contacte un.e IDE en amont pour une prise de rendez-vous dès la sortie d'hospitalisation
- Patient et médecin : conviennent lors du rdv avant hospitalisation d'une prise de rdv pour J+8 après la sortie
- Inciter à la création de "Mon Espace Santé" par le patient pour une meilleure coordination des soignants, mise à disposition des CR d'hospitalisation, etc.

SORTIE D'HOSPITALISATION

- passage infirmier hebdomadaire ou quotidien selon le besoin
- Consultation médicale à J+8
- transmission du CR d'hospitalisation + ordonnance de sortie via Monsisra au MG + IDE / vérifier "Mon Espace Santé" du patient si créé
- Possibilité de créer une équipe médicale dans MonSisra, onlget "mes patients"
- Si besoin la CPTS peut être sollicitée pour participer à la recherche d'une équipe traitante (MG+IDE)

Patient diabétique hospitalisé pour plaie du pied :

- Pansements de durée >30min., traitement par pression positive ou ATB à usage hospitalier > HAD
- Patient.e vivant seul.e, risque de chute, peu d'observant.e ou troubles cognitifs ou logement inadapté > SSR

ANNEXE 1 – RÉPERTOIRE (1/2)

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

- **Proxydiab38 :**

E- mail : proxydiab38@gmail.com

Tél : 04 76 35 19 18

<https://www.proxy38.fr/>

- **MRSI**

E-mail : accueil@mrsi.fr

Tel : 04 76 24 90 30

<https://mrsi.fr/nous-contacter/>

- **Prescri'bouge**

E-mail : info@prescribouge.fr

Tel : 06.03.93.60.69

<https://prescribouge.fr/nous-contacter/>

- **Asalée :** pour en savoir plus sur les IDE Asalée et les possibilités de collaborations :

<http://www.asalee.org/>

RESSOURCES ET SOUTIEN AUX PATIENTS

- **Sophia**

Tel : 0 809 400 040 (service gratuit + prix appel)

<https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/assurance-maladie/sophia/sophia>

- **ADF 38 :** fédération des diabétiques (Isère)

Tel : 04 76 17 00 95

Email : add.afd.38@gmail.com

<https://afd38.federationdesdiabetiques.org/>

ANNEXE 1 – RÉPERTOIRE (2/2)

RESSOURCES DU TERRITOIRE

Voir l'annuaire de la CPTS sur la plateforme de coordination (onglet ressources > "annuaire")

RESSOURCES HORS TERRITOIRE

- **Cardioparc** (Moirans) : ouverture régulière de nouveaux créneaux.
E-mail : moirans@cardioparc.fr
Tel : 04 56 62 50 40
<https://cardioparc.fr/centres-de-consultation/cardioparc-moirans/>
- **Point vision**
E-mail : contact@pointvisiongrenoble.fr
Tel : 04 58 00 21 10
<https://www.pointvision.com/grenoble/>
- **Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA)**
Avis urgents : seniors d'astreinte : 04.76.76.92.57
Avis non urgents (via Monsisra): "diabétologie adulte teleexpertise chu grenoble alpes site nord "
/ "endocrino diabeto adulte secretariat chu grenoble alpes site nord "
- **Spécialistes** (cardiologue, etc.) : recherche via monsisra

AIDE À LA RECHERCHE DE MÉDECIN TRAITANT OU D'UN.E IDE

Faire compléter au patient une fiche de saisine à renvoyer à la CPTS selon les modalités indiquées.

Les patients en ALD sont prioritaires dans la démarche d'accompagnement à la recherche de médecin traitant. Pour tout contact direct, passer par MonSisra.

ANNEXE 2 - ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

ANNEXE 2 A - FORMULAIRES DE PRESCRIPTION PRESCRI'BOUGE

La prise en charge par le dispositif est gratuite et permet d'établir un bilan avec la personne et de la réorienter vers une/des APA.

La pratique physique est quant à elle payante.

Pour orienter les patients, 3 étapes :

- **Certificat médical du dispositif** : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://prescribounge.fr/wp-content/uploads/2022/09/Certificat-PrescriBouge-flyer.pdf
- **Prescription médicale APA** : ici chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://prescribounge.fr/wp-content/uploads/2020/11/Prescription-dActivites-Physiques.pdf
- **Le patient prend contact** avec au 06 03 93 60 69.



ANNEXE 2 B - OUTILS A DESTINATION DES PROFESSIONNELS

- Webinaire HAS : [Faciliter la prescription d'activité physique chez l'adulte](#)
- MOOC IRBMS : [Prescrire le sport santé sur ordonnance](#)

LES OUTILS DE L'HAS EN FAVEUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Ces documents édités donnent les différentes étapes et recommandations pour prescrire une activité physique à vos patients.

- Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes : [ici](#)
- Référentiel + synthèse par pathologie, qui vous aideront à prescrire une activité physique à votre patient : [ici](#)

Le MédicoSport-Santé : [ici](#)

Il permet donc d'avoir des notions relatives aux bienfaits des APS en fonction des publics (obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, etc.) mais également des notions sur la durée, la fréquence, l'intensité voire le type d'activités à privilégier.

Le document donne aussi des informations concernant les contre-indications selon les disciplines et les modalités d'adaptation de la pratique par type de public.

ANNEXE 3 – ORDONNANCE DE SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DU PATIENT

L'ordonnance type de surveillance biologique du patient atteint de DT2

Tous les 3 mois:
HbA1C

Tous les ans :

- creat, DFG, protéinurie, RAC, EAL
- Conseillé* : Iono, NFP

* Ne figure pas dans les recommandations de l'HAS, mais conseillé dans le cadre la surveillance du patient chronique

L'ordonnance type d'adressage podologue/pédicure

Acte de bilan de gradation une fois par an pour les patients à risque podologique de grade 0 ou 1

Pour les patients de grade 2 ou 3
Forfait annuel de 5 séances de soins de prévention pour grade 2

Forfait annuel de 8 séances de soins de prévention pour grade 3 s'il y a des plaies ou 6 séances en l'absence de plaie du pied diabétique

ANNEXE 4 – CALCUL DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

CALCULATEUR DE RISQUE ESC SCORE OP/SCORE 2

Données d'ordre général

Age (en années) (40-89 ans)

 ans

PA systolique en mmHg (100-225 mmHg)

 mmHg

Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Lipides sanguins

Cholestérol total (3-9 mmol/l)

 mmol/l

HDL (0.65-1.94 mmol/l)

 mmol/l

Autres données

Fumeur

☐ Oui ☐ Non

Lien vers le [calculateur ici](#)

ANNEXE 5 – HYPERTENSION ARTERIELLE

“Pour confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle et repérer l'HTA « blouse blanche », la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA), comme le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), préconise la mesure de la pression artérielle hors du cabinet médical lorsque la pression artérielle mesurée au cabinet médical est supérieure à 140/90 mm Hg.

Pour ce faire, la SFHTA recommande l'utilisation de l'automesure tensionnelle (AMT) : son intérêt est de réaliser des mesures répétées de la pression artérielle dans les conditions de vie habituelles des patients.”

(source : <https://www.ameli.fr/isere/medecin/sante-prevention/pathologies/diagnostic-hta-automesure-tensionnelle>)

ANNEXE 5 A – FICHE D'AUTOMESURE TENSIONNELLE POUR ELIMINER L'EFFET BLOUSE BLANCHE



RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

Pour affirmer le diagnostic d'une hypertension artérielle et pour mettre en place un traitement adapté et efficace, le médecin propose la réalisation d'un relevé d'automesure par le patient lui-même. En effet, la tension artérielle d'une personne en bonne santé n'est pas stable. Elle fluctue en fonction de l'environnement. Émotion, stress, activité physique... influent directement sur la pression artérielle.

QUAND EFFECTUER LA MESURE DE VOTRE TENSION ?

La règle des 3 mesures :

- La tension artérielle est mesurée **3 fois le matin** au début du petit-déjeuner avant toute prise de médicaments et **3 fois le soir** avant le coucher (avec un intervalle de 2 minutes entre chaque mesure) ;
- Pendant **3 jours consécutifs**.

Modalités de mesure de la tension : en position assise, après 5 minutes de repos.

COMMENT REMPLIR LE RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE ?

Inscrivez tous les chiffres qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre pour la pression systolique et diastolique.

- Systolique : pression systolique = pression maximum
- Diastolique : pression diastolique = pression minimum

Calculez votre moyenne :

- moyenne systolique : additionnez l'ensemble des mesures systoliques et divisez par 18
- moyenne diastolique : additionnez l'ensemble des mesures diastoliques et divisez par 18

En cas de doute, votre médecin effectuera cette moyenne.

	JOUR 1		JOUR 2		JOUR 3	
	systolique	diastolique	systolique	diastolique	systolique	diastolique
Matin						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
Soir						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE

Nom : _____ Prénom : _____

Période du relevé : du _____ au _____

Traitement : _____

ANNEXE 5 B – RESSOURCES A DESTINATION DES PROFESSIONNELS

- Relevé d'automesure : [ici](#)
- Mémo sur la mesure de la pression artérielle hors cabinet médical : [ici](#)
- Mémo de prise en charge de la HTA : [ici](#)
- Document à destination des patients : [ici](#)

Commandez gratuitement un tensiomètre d'automesure pour le prêter à vos patients via votre compte Amelipro

ANNEXE 6 – LE PIED DIABETIQUE

ANNEXE 6A – DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE PREVENTIVE DES COMPLICATIONS PODOLOGIQUES



- Dépistage et prise en charge préventive des complications podologiques : [ici](#)
- Test au monofilant : [ici](#)
- document pédagogique à destination des patients : [ici](#)

ANNEXE 6B – GRADATION DU RISQUE D'ULCERATION POUR LE PIED DU PATIENT DIABETIQUE

Gradation du risque d'ulcération pour le pied du patient diabétique

DÉFINITION	MESURES DE PRÉVENTION	PROFESSIONNELS CONCERNÉS
Grade 0 Absence de neuropathie sensitive 	- Examen de dépistage annuel - Examen des pieds, évaluation de la marche et du chaussage - Éducation (hygiène, autoexamen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, mesures de prévention dans les situations à risque selon le mode de vie, conduite à tenir en cas de plaie)	- Dépistage du risque podologique (au moins 1 fois par an) - Médecin généraliste et/ou podologue et/ou diabétologue
Grade 1 Neuropathie sensitive isolée ^a 	- Examen des pieds, et évaluation de la marche et du chaussage. - Éducation (hygiène, autoexamen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, mesures de prévention dans les situations à risque selon le mode de vie, conduite à tenir en cas de plaie) - Aide de l'entourage	- Médecin généraliste (à chaque consultation) - Diabétologue - Podologue (tous les 6 mois et plus selon avis médical, ce nombre pouvant être adapté pour les patients en situation de handicap et pour la personne âgée) - Infirmier
Grade 2 Neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs ^b et/ou à une déformation du pied ^c 	- Mêmes mesures préventives que pour le grade 1 - Soins de pédicurie réguliers - Correction des anomalies biomécaniques - Avis sur l'indication d'orthèses et d'un chaussage approprié - Prise en charge de l'artériopathie, si existante	- Médecin généraliste (à chaque consultation) - Diabétologue - Podologue (tous les 3 mois pour les soins instrumentaux et tous les 6 mois pour soins orthétiques) - Infirmier - Médecine physique et réadaptation, podo-orthésiste - Réseau de santé
Grade 3 Antécédent d'ulcération du pied évoluant depuis plus de 4 semaines et/ou d'amputation des membres inférieurs (voire une partie d'un orteil) 	- Renforcement des mesures préventives définies pour le grade 2, appareillage systématique (défini par le centre spécialisé) - Surveillance régulière par un centre spécialisé ou par un diabétologue	- Mêmes professionnels et fréquence de suivi que pour le grade 2 - Centre spécialisé/centre de cicatrisation (bilan annuel) - Soins instrumentaux podologiques (au moins tous les 2 mois) - Soins orthétiques

a - Définie par l'anomalie du test au monofilament de Semmes-Weinstein (50 g).
 b - Définie par l'absence d'au moins un des deux pouls du pied ou par un IPS < 0,9.

Document à télécharger : [ici](#)

Autres ressources :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218144/fr/affection-podologique-diabete-un-suivi-pluriprofessionnel