

**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](http://www.has-sante.fr).

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

### MODE OPÉRATOIRE

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 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. Le diabète est une maladie chronique où la démotivation et l'abandon partiel du traitement peuvent s'installer rapidement sans suivi de proximité, et être source de déséquilibre glycémique.

Si l'on examine la population para médicale de cette région, elle se présente en sous effectif para médical 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.

La prévalence est de 0,4 %, et en augmentation constante. Un nombre de soignants dans notre région inférieure à la France, un temps médical devenu rare et cher, à préserver pour l'expertise. Un patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes, avec des technologies innovantes et que l'on doit accompagner vers l'autonomie, avec un besoin renforcé de soins de premier recours.

Pour répondre à ces problématiques, ce protocole s'inscrit dans le plan stratégique de l'ARS Île-de-France, en adaptant le parcours du patient diabétique insulino-traité aux besoins régionaux et nationaux. Il s'intègre dans le parcours de soin du patient.

Il renforce l'offre de premier recours par la mise en place de soins de proximité notamment lors des situations d'urgence. Il permet sans coût supplémentaire de soins un accès pour tous au traitement par pompe à insuline externe. Il respecte la personne et ses droits par un consentement libre et éclairé. Chaque patient est informé. Ce parcours est personnalisé, individualisé, tracé. Il permet une prévention des complications du diabète insulino-traité et développe chez les professionnels de santé un haut niveau

	d'expertise tout en limitant les ré hospitalisations, les arrêts de travail, les transports pour les patients, et contribue à repousser les complications en améliorant l'équilibre glycémique.
<i>Intitulé du protocole de coopération</i>	Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin.
<i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	<p>Ce protocole concerne tous les patients diabétiques insulino traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe, choisissant librement ou par accord du représentant légal d'être pris en charge par protocole de coopération, en ambulatoire.</p> <p>66 % de notre population sont des personnes actives devant éviter les arrêts de travail pour venir en consultation à l'hôpital, 94 % ont un diplôme universitaire ou professionnel, 55 % sont des femmes, 12 % vivent seul et/ou en cas d'accident aigu n'ont pas d'environnement familial pour les aider. 8 % d'entre eux sont des enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois ou des adolescents (Annexe 1).</p> <p>Le diabète insulino traité, aux schémas de traitement complexes, oblige au 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 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. Une prise en charge permanente, de confiance, adaptée aux besoins individuels du patient, spécialisée et de qualité est donc indispensable par une équipe pluridisciplinaire avec des infirmiers formés aux actes dérogatoires.</p>
<i>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la prescription, la lecture et l'interprétation des examens biologiques de glycémie (HbA1c, cétonémie cétonurie, Fructuosamine et glycémies),</li> <li>- la prescription en seconde intention d'un modèle de pompe adapté aux besoins du patient</li> <li>- Changement de la prescription médicale d'insuline <ul style="list-style-type: none"> <li>o la prescription d'insuline avec l'identification de nouveaux objectifs de traitement et l'adaptation des doses d'insuline aux repas et lors d'activités physiques.</li> <li>o Prescription de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe</li> <li>o Traitement des hypoglycémies : re sucrage des patients (soin de premier recours)</li> <li>o Traitement des hyperglycémies : traitement de la cétose : prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la valeur cible (soin de premier recours)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le soin de premier recours <ul style="list-style-type: none"> <li>o Le patient a un accès direct aux infirmiers pour traiter ou éviter les accidents et incidents graves et les hospitalisations.</li> </ul> </li> <li>• Information et signature du consentement sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur</li> <li>• Information et signature du consentement à la création de son dossier patient partagé accessible pour tous les acteurs.</li> </ul>
<i>Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <b>prévention des complications</b> <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input checked="" type="checkbox"/> Prescription <input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : <b>adaptation du traitement</b>
<i>Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération</i>	CERITD (Centre d'Etudes et de Recherches pour l'Intensification du Diabète) et CHSF (Centre Hospitalier Sud Francilien)

**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.**

Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours 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 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 longs dans une maladie chronique où la démotivation et l'abandon partiels du traitement peuvent s'installer rapidement sans suivi de proximité.

Si l'on examine la population para médicale de cette région, elle se présente en sous effectif para médical 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 Ile de France sud pour une France à 3067.

Une maladie où la prévalence est de 0,4 % et en augmentation constante, un nombre de soignants dans notre région inférieur à la France, un temps médical devenu rare et cher, à préserver pour l'expertise, un patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes, avec des technologies innovantes.

La prise en charge de cette complexité n'est pas du ressort du médecin généraliste (Annexe 2) seule une structure spécialisée ambulatoire peut prendre en charge le patient à la sortie de l'hôpital et assurer la coordination des soins entre les prescriptions de l'hôpital, le diabétologue traitant et leur suivi au domicile. Elle accompagne le patient vers l'autonomie en ambulatoire et répond au besoin renforcé de soins de premier recours.

Cette structure s'inscrit dans le parcours du patient diabétique insulino-traité et participe à la résolution des problèmes car :

Elle permet :

- D'optimiser la compliance au traitement par la mise en place par des infirmiers de soins de proximité notamment dans les situations d'urgence.
- Sans coût supplémentaire de soins un accès pour tous au traitement par pompe à insuline externe.
- Un parcours personnalisé, individualisé. (plan d'éducation personnalisé)
- La prévention des complications du diabète de type 1 et type 2 insulino-traités
- De développer chez les professionnels un haut niveau d'expertise tout en limitant les ré hospitalisations, les arrêts de travail, les transports pour les patients.

➤ De renforcer le lien hôpital-ville.

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

De plus en plus de patients, un personnel médical rare et cher qui doit se centrer sur ses actes d'expertise, un patient bénéficiant de schémas thérapeutiques de plus en plus efficaces, mais aussi de plus en plus complexes, avec des technologies innovantes engendrant un besoin renforcé de soins de premier recours afin de prévenir les accidents/incidents sources de réhospitalisations et de complications.

Lorsque le patient quitte l'hôpital après une formation d'une semaine, il se trouve livré à lui même, face à son nouveau traitement complexe, il ne peut pas avoir recours de façons répétées à des médecins généralistes et des infirmières libérales peu ou pas formés à ce traitement. Celui-ci demande une prise en charge spécialisée et chronophage pour les soignants.

Le diabète est une pathologie lourde en terme de coût de santé (remboursement moyen annuel 5431 € près de 50 % de cette somme est consacrée aux frais liés à l'hospitalisation : 3411 €, Etude ENTRED), essentiellement dû au coût des hospitalisations, de la multiplication des transports à l'hôpital et des arrêts de travail.

Une rupture de la prise en charge à la sortie de l'hôpital engendre un défaut de compliance au traitement. Elle est source de patients perdus de vue faute de structure adaptée.

Pour la gestion du matériel, la LPPR encadre le suivi (Arrêté du 17 juillet 2006 relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes à insuline externes, portables et programmables inscrites au chapitre 1er du titre 1er de la liste des produits et prestations remboursables prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) mais ne résoud pas les problèmes de suivi diabétologique

Ce constat a justifié la création d'une structure ambulatoire (Arrêté du DGARS du 27 septembre 2012 N° DOSMS-2012-139, région Ile de France cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires) composée d'une équipe d'infirmiers dédiés, formés à exercer des actes ne rentrant pas dans le champ de leur expertise propre, mais dans celui du médecin dit actes dérogatoires. 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 fait qu'appliquer les prescriptions médicales (Actes professionnels : Articles R4311-1 à 15 du code de la santé publique), au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, diététiciens).

Ils prennent le relai à sa sortie de l'hôpital après la mise en place concertée d'un plan d'éducation adapté par l'équipe pluridisciplinaire (soit en consultations ou ateliers d'éducation), soit lors de sa venue en Hôpital de jour, soit à son domicile au choix du patient. Un seul objectif pour ces infirmiers : prendre en charge le traitement et l'éducation thérapeutique en ambulatoire (annexe 3) en s'adaptant aux exigences de vie du patient pour réduire les arrêts de travail, les transports à l'hôpital, les réhospitalisations. Chaque patient s'adresse à un infirmier référent qui le suivra tout au long de son parcours.



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 délégant	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 type="checkbox"/> Libéral <input checked="" type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégant	6 médecins diabétologues endocrinologues, 3 médecins généralistes, 3 médecins diabétologues endocrinologues vacataires

###### b) Informations concernant le profil du DELEGUE :

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	4 IDE

##### Zone info

Voir à la fin de ce document la définition de délégant 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 système d'information partagée entre les professionnels utilisé dans le cadre de ce protocole de coopération est la solution informatique ARCHIPEL (Application en Réseau pour les Centres Hospitaliers pratiquant l'Insulinothérapie par Pompe En Ligne). ARCHIPEL permet :

- la centralisation et la traçabilité de l'ensemble des informations relatives au traitement du diabète du patient traité par pompe à insuline externe
- d'assurer une meilleure prise en charge et le suivi du patient dans une démarche éducative. Il repose sur l'intégration du Plan d'Education Personnalisé (PEP) développé par le CERITD (Annexe 4).
- De créer un registre, sous la forme de tableau de bord et de rapports statistiques aussi bien cliniques que socio-économiques.
- D'encadrer les délégués dans leurs actes dérogatoires et dans leur prise en charge éducative.
- Protocoliser, tracer et définir le rôle des différents acteurs de la coopération interprofessionnelle (annexe 5)
- de partager les données à caractère personnel concernant le patient dans le but d'une meilleure coordination des soins, et la traçabilité de tous les actes.
- Un recueil et une gestion collaborative des données des patients ainsi qu'une gestion de l'activité médicale et paramédicale.
- Il peut être mis à disposition de toute structure qui le souhaiterait par licence

Les utilisateurs d'Archipel peuvent :

- accéder aux dossiers patients par un applicatif Internet Web accessible depuis leur poste de travail fixe ou mobile. Les délégants peuvent 24 h/24 suivre à distance les actes dérogatoires effectués par les délégués et mettre en place les mesures correctives ou de formation en cas de besoin. Il permet un gain de temps médical pour se centrer sur ses missions d'expertise.
- Respecter les règles de confidentialité en accédant au logiciel par carte CPS

Le Professionnel est assujetti, dans l'utilisation :

- d'Archipel, aux règles de confidentialité définies par le Code de Déontologie et par le Code de Santé Publique, et, plus généralement aux règles du secret Professionnel

Les nouveaux utilisateurs d'Archipel auront à leur disposition le guide utilisateur spécifique à leur activité et il leur sera remis la charte d'utilisation d'Archipel.

Les utilisateurs seront formés à l'utilisation d'Archipel lors de leurs semaines de formation au métier.

L'hébergement des données de santé est sous traité à une société agréée, par décision du ministre en charge de la santé (annexe 6). Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et la qualité des soins, ARCHIPEL est DMP compatible. Une demande d'autorisation préalable à la mise en œuvre d'un traitement automatisé de données à caractère personnel comprenant des données de santé a été déposée à la CNIL.

**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 24 heures/24, 7 jours/7, 365 jours/365 (Annexe 7)  
 Un secrétariat est à disposition des patients de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 17 h du lundi au vendredi  
 Les RDV infirmiers sont sans délai d'attente et adapté aux disponibilités du patient afin d'éviter les déplacements et les arrêts de travail.  
 Un numéro vert a été mis en place et un numéro d'urgence  
 Le délai de consultation médecin est immédiat en cas d'urgence

### 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

632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.

Les infirmiers ont assuré en 2011, 1813 prises en charge paramédicale dont 44 urgences (hospitalisation, consultations, visites à domicile, urgences).

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

#### **i** 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) déléguant diagnostique que l'instabilité glycémique avec hypoglycémie ou hyperglycémie est trop fréquente, au-delà des limites préalablement établies et nécessite un changement de traitement et le recours à celui par pompe à insuline externe.

Il l'adresse au centre référent où un diabétologue du service de diabétologie (lui-même s'il y exerce ou est attaché ou un diabétologue du service ) qui le prendra en charge pour ce que l'on appelle communément la « visite de mise sous pompe ».

- Lors de celle-ci le diabétologue du centre référent :

- informe le patient des détails de sa prise en charge (annexe 8)
- Il lui fait choisir librement le modèle de pompe le mieux adapté à son profil psychologique et aux exigences de son traitement et la structure (soit prestataire soit structure ambulatoire) qui sera en charge de son matériel.
- Pour les enfants, lors d'une visite conventionnelle en présence des parents la même proposition de suivi que pour l'adulte leur est faite, s'ils acceptent à la fin de la semaine d'éducation un suivi personnalisé sera négocié afin que parent comme enfant adhérent au suivi du traitement (les enfants âgés de 6 à 12 ans seront informés et leur consentement leur sera demandé uniquement oralement, leurs parents ou représentant légal recevra en plus une notice d'information et leur consentement sera recueilli par écrit : annexe 8).
- Il crée le patient dans le dossier dit visite initiale dans archipel : civilité,, anamnèse de la maladie, antécédents des complications ,type et schéma d'insuline, indications initiales de mise sous pompe, type de pompe et de consommables

Si le patient choisit d'être suivi par protocole de coopération il l'informe alors des modalités du protocole de coopération. Il lui expliquera :

- Que le déléguant (diabétologue traitant) 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, comme recommandé par les textes législatifs (Arrêté du 17 juillet 2006 relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes à insuline externes, portables et programmables inscrites au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale). Le compte-rendu de cette consultation est transmise au médecin généraliste et au diabétologue traitant
- Qu'en cas d'épisode infectieux il est recommandé au patient lorsqu'il sera atteint d'un épisode infectieux de contacter au plus

vite son médecin généraliste et de prévenir son médecin diabétologue et/ou son infirmier référent. Le médecin généraliste du patient est informé de l'évolution de son suivi

- Qu'en cas de survenue de complications de son diabète, le traitement de ses complications reste pris en charge dans un suivi conventionnel entre les différents spécialistes concernés
- Qu'entre ces visites conventionnelles son suivi sera assuré par un infirmier référent (délégué).
- Que ce délégué aura parfaitement connaissance de son dossier médical, de l'histoire de sa maladie et de son traitement.
- Qu'il a été choisi et formé par le délégant 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).
- Qu'il rectifiera la prescription d'insuline,
- Qu'il l'accompagnera dans l'éducation au traitement de son diabète.
- 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.
- Que ce dossier de santé partagé permet au délégant de superviser le délégué et d'intervenir en cas de besoin.
- Que le délégué sera à sa disposition 24 h/24, 7J/7, 365J/365. En cas d'urgence le délégué sera toujours présent pour traiter le problème, selon le niveau de gravité il qu'il fera ou non appel au délégant (un service de garde est assuré, annexe 7)
- Le diabétologue du centre référent lui remettra un formulaire de consentement (Annexe 8).
- Qu'un secrétariat sera à sa disposition aux heures de bureau en cas de délégué déjà occupé afin de lui en passer un autre ; Qu'il pourra aussi y prendre ses rendez-vous
- Qu'une équipe de gestionnaires lui délivrera ses consommables tous les 28 jours et qu'un numéro vert spécifique est mis à sa disposition
- Que sa prise en charge démarrera par une semaine d'hospitalisation pour être éduqué à son nouveau traitement (Annexe 9).
- Un rendez-vous d'hospitalisation est pris auprès du secrétariat.
- Le premier jour d'hospitalisation, le patient sera accueilli par le délégué qui recueillera son consentement.
- Qu'à sa sortie, en concertation avec le diabétologue du centre, le délégué planifiera selon ses besoins et selon ses disponibilités (afin de lui éviter des déplacements à l'hôpital et des arrêts de travail) des visites de suivi sur le lieu de son choix (consultations, visites à domicile, atelier pédagogique) (Annexe 10).
- Qu'un compte rendu d'hospitalisation et du plan d'éducation personnalisé sera adressé au référent (diabétologue traitant, délégant) pour l'informer et valider sa prise en charge

S'il refuse le protocole de coopération :

- Le refus sera assuré et acté dans le dossier patient.

- 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

A la sortie de l'hôpital bien souvent une rupture de suivi s'effectue par un manque de structure ambulatoire avec du personnel qualifié, formé, afin d'éviter les épisodes d'instabilité glycémique, d'hyperglycémie ou hypoglycémie aiguë causes de ré hospitalisation.

Les objectifs de cette coopération telle qu'elle est pratiquée sont de compléter la prise en charge hospitalière du patient diabétique insulinotraité en créant un suivi pluridisciplinaire de proximité, de l'hôpital au domicile.

Il a pour objectif d'améliorer l'équilibre glycémique des patients insulinotraités. Il doit permettre désormais de réduire les accidents métaboliques aigus (hypoglycémies sévères ou acidocétose) ainsi que les complications chroniques du diabète à long terme. Ce bon équilibre chronique peut être atteint grâce à des schémas thérapeutiques complexes, impliquant la pompe à insuline, une formation spécifique des patients et un soutien motivationnel constant nécessaire pour éviter les épisodes de démotivation et d'abandon partiel du traitement, principale cause d'échec thérapeutique dans cette maladie chronique. Ces échecs sont à l'origine des complications, des hospitalisations, des arrêts de maladie, des arrêts de travail faisant de cette maladie, ALD, une maladie coûteuse dans sa prise en charge (remboursement moyen annuel 5431 € pour le diabète, près de 50 % de cette somme est consacrée aux frais liés à l'hospitalisation : 3411 €).

Les objectifs sont :

- Eviter la rupture de suivi à la sortie de l'hôpital par une prise en charge ambulatoire des patients insulinotraités par pompe à insuline externe
- Coordonner les soins entre l'hôpital, la ville et le domicile
- Aider le patient à une meilleure observance de son traitement
- 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,
- réduire les délais de rendez-vous en proposant des consultations infirmières qui fera intervenir le médecin à bon escient dans son rôle d'expert.
- éviter les évènements aigus
- 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 thérapeutique renforcée et adaptée à l'ambulatoire (annexe 3)
- augmenter le partage des informations autour du dossier patient, afin de mettre en place des plans d'action personnalisés pour les patients dits en difficulté et ainsi intensifier le traitement pour un meilleur équilibre glycémique.
- répondre à la demande d'urgence (traitement des hyperglycémies et des hypoglycémies) afin d'éviter les hospitalisations



- permettre un gain de temps médical spécialisé devenu rare et cher, et permettre aux médecins spécialistes d'utiliser au mieux, pour les patients qui en ont besoin, leur temps disponible.
- Renforcer l'éducation thérapeutique adaptée à la vraie vie (annexe 3)
- réduire les déplacements pour les patients ainsi que les frais de transport par des consultations dont le lieu est choisi par le patient (domicile, CERITD)
- réduire les hospitalisations
- repousser les périodes de démotivation et d'abandon du traitement
- réduire les arrêts de travail
- réduire les transports à l'hôpital
- réduire le passage aux urgences

## 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 D Dardari, Dr A Daoudi, Dr A Deburge, Dr S Franc, Dr E Requeda, , Dr JP Riveline, Dr C Stevenin, Dr M Varroud Vial.

- Médecins généralistes du CHSF ou du CERITD : Dr G Lepape, Dr A Pochat

- Diabétologues endocrinologues vacataires du CHSF ou du CERITD : Dr B Betari, Dr M Biedzinsky, Dr B Boucherie, Dr A Ciofu.

Diabétologues endocrinologues correspondants du CERITD et du CHSF : Dr M Aufévre, Dr C Azoulay-Petit, Dr I Cerf Baron, Dr E Dresco, Dr B Feve, Dr M Legrelle, Dr N Messaoudi, Dr M Spitzmuler

Référent des délégués : L. Canipel

Identification des délégués : Mme O Boscus, Mr S Mounier, Mme A Brandicourt, Mr V Agnard

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

Le diabète de type 1 résulte de la destruction des cellules B du pancréas, la personne atteinte ne sécrète pas d'insuline. Cette forme de la maladie peut se manifester à tout âge, mais le plus souvent, elle apparaît durant l'enfance ou au début de l'âge adulte. Les individus qui en sont atteints produisent très peu ou pas du tout d'insuline. 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, 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
- Reconnaître dans son alimentation la quantité de glucose que chaque aliment contient
- Evaluer son activité physique
- Et reporter fastidieusement, 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.

Le traitement par pompe à insuline externe est le seul traitement adapté après échec du traitement par multiinjections. L'échec se traduit par une irrégularité de la glycémie associée à des incidents de type hypoglycémies ou hyperglycémies sévères sources de détérioration de la qualité de vie et d'hospitalisations en urgence. Le combat se résume à retrouver une régularité glycémique et réduire ces incidents. La perfusion continue d'insuline sous-cutanée (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion - CSII) est un traitement recommandé pour réduire l'hypoglycémie sévère dans le diabète de type 1, et améliorer l'équilibre métabolique chronique comme le souligne les auteurs Pickup JC, et coll. (diabet Med, 2008) et Jeandidier N. et coll. (Diabetes Metab, 2008) Le nombre d'hypoglycémies sévères dans le diabète de type 1 a été nettement moins fréquent avec un traitement par pompe comparativement

au traitement par multi injections. Avec une plus grande réduction chez les patients qui présentaient des hypoglycémies sévères (les plus graves) lorsqu'ils étaient sous multi injections et avec les patients dont l'ancienneté du diabète était plus longue. La plus grande amélioration de l'HbA1c (lors de leur traitement par pompe) a été avec des patients qui présentaient une HbA1c plus élevée lorsqu'ils étaient traités par multi injections.

L'équipe diabétologique du CERITD et du CHSF a contribué à évaluer et à améliorer le traitement par pompe portable à insuline en France. En 1984, en France, on dénombrait 255 patients traités par pompe. Ce chiffre est passé à 6 500 en 2002 et près de 24 500 aujourd'hui (AFD : Association française des diabétiques).

Ce traitement nécessite :

- une prise en charge de proximité à la fois de la maladie et du matériel par une équipe spécialisée pluridisciplinaire composée de diabétologues, d'infirmiers (formés aux actes dérogatoires, à l'éducation thérapeutique et aux outils technologiques de plus en plus perfectionnés), de diététicien (ne) et de psychologues (en recrutement). Ces infirmiers spécialisés sont formés à ajuster les doses d'insuline, à traiter les hypoglycémies et les hyperglycémies à répondre aux urgences diabétologiques
- une mise en place dans les services hospitaliers. Celle-ci est parfaitement réussie à l'heure d'aujourd'hui, en revanche le suivi ambulatoire, lorsque le patient rejoint son domicile, n'est pas adapté aux exigences de ce traitement faute de structures ambulatoires de soignants pluridisciplinaires, spécialisés, alors que le lien ville-hôpital doit être absolument maintenu.
- L'application de la LPPR (arrêté du 17 juillet 2006 relatif à la modification de la nomenclature relative aux pompes externes fixes la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables dans le cadre des pompes à insuline externes, portables et programmables) qui impose :
  - que la prescription initiale d'une pompe à insuline externe, portable et programmable doit être réalisée :
    - dans un centre initiateur adulte ou pédiatrique, composé d'une équipe multiprofessionnelle
    - Avec un prestataire de service pour le matériel
  - que le suivi doit s'opérer 24 h/24 7j/7 365j/365 pour répondre aux urgences et prévenir les rehospitalisations

Les patients suivis dans le cadre de ce protocole sont tous des diabétiques de type 1 et type 2 (enfant de 6 ans à 17 ans et 11mois, adulte, adulte) traités par insuline en perfusion continue par pompe externe nécessitant une prise en charge médicale et paramédicale spécialisée.

66 % de notre population sont des personnes actives devant éviter les arrêts de travail pour venir en consultation à l'hôpital, 94 % ont un diplôme universitaire ou professionnel, 55 % sont des femmes, 12 % vivent seul et cas d'accident aigu n'ont pas d'environnement familial pour les aider. 8 % d'entre eux sont des enfants ou adolescents.

**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 :

CERITD, association 1901 d'utilité générale/CHSF

**📄 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 système d'information partagée entre les professionnels utilisé dans le cadre de ce protocole de coopération est la solution informatique ARCHIPEL (Application en Réseau pour les Centres Hospitaliers pratiquant l'Insulinothérapie par Pompe En Ligne). ARCHIPEL permet la traçabilité de l'ensemble des informations relatives au traitement du diabète du patient traité par pompe à insuline portable afin d'assurer une meilleure prise en charge et le suivi du patient dans une démarche éducative. Il encadre les actes dérogatoires et la démarche éducative des infirmiers (Annexes 4, 5 et 6)

Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?

- Un logiciel Dossier patient partagé,
- un numéro vert infirmier,
- un numéro vert consommable,
- un téléphone portable d'astreinte avec numero d'urgence,
- équipements des salariés du CERITD en informatique (fixe et portable avec clé 3G)
- des salles de consultation
- une voiture d'astreinte
- Un stock pour les consommables et les pompes à insuline externe
- Un stock des lecteurs glycémiques et Holter glycémique

<p>Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?</p>	<p>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</p>
<p>Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?</p>	<p>Pour pouvoir développer cette activité de soin, nous avons engagé auprès de la CRAMIF les démarches nécessaires à l'obtention de la reconnaissance en qualité de prestataire pour le traitement par pompe à insuline externe afin d'obtenir un remboursement de nos actes de soins.</p> <p>La structure étant exclusivement composée de soignants en lien direct avec un service de diabétologie qui forme l'équipe pluridisciplinaire. Elle a pris la décision de faire évoluer la prise en charge du patient traité par pompe à insuline externe en créant une tout autre approche : une approche parcours de soins. renforcé</p> <p>Pour cela nous avons repensé l'utilisation du forfait qui nous était alloué par la CPAM, et d'en optimiser l'utilisation en créant un parcours de soins de référence pour les patients sous pompe à insuline externe. Aujourd'hui dans le cadre du PLFSS la prestation subit une baisse de remboursement, il nous faut chercher d'autres sources de rémunérations adaptées à nos actes de soins (FIR).</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 illicite 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 10)

1. Le patient suivi par un diabétologue traitant (délégant) et traité par multi injections présentant un déséquilibre glycémique important est adressé à un des médecins référent pompe (si attaché dans le service ou médecin du service la prise en charge est faite par lui-même)
2. Le médecin référent assure la visite dite « de mise sous pompe ». C'est une visite longue qui a été isolée des autres visites conventionnelles au sein du service de diabétologie.
3. Lors d'une visite dite « de mise sous pompe », le référent pompe va :
  - Informer le patient des caractéristiques relatives à son nouveau traitement :
    - choix libre et consenti de son matériel
    - choix libre et consenti de son prestataire
    - information sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur (peut être réalisé par l'infirmier par dérogation)
4. Si le patient choisit d'être suivi par protocole de coopération
5. Le référent pompe :
  - l'informe et lui remet le formulaire de consentement (l'information et le recueil du consentement des enfants de 6 à 12 ans se fera uniquement oralement (Annexe 8)
  - Crée le patient dans le dossier patient partagé (ARCHIPEL) : état civil, histoire de son diabète (anamnèse)
  - Prescrit à la fois le traitement, le matériel, la commande du matériel qui part vers les gestionnaires.
  - Un rendez-vous d'hospitalisation lui est donné par le secrétariat.
6. Le jour de l'hospitalisation :
  - le patient est accueilli par le binôme diabétologue référent/infirmier (Annexe 9)
  - La prise en charge par plan d'éducation personnalisé démarre avec la remise de son matériel (pompe et consommable). La prise en charge globale se fait à 3 niveaux : (Annexe 11)
    - 1) Son diabète
    - 2) Son traitement
    - 3) Son matériel
7. A la fin de la semaine d'hospitalisation, une évaluation de cette première semaine d'éducation est réalisée par le patient et le binôme référent pompe/délégué référent.
8. Un compte-rendu est adressé au délégant traitant.
9. Le plan d'éducation personnalisé va se poursuivre en ambulatoire, le patient s'est fixé lui même des objectifs d'amélioration du suivi de son traitement. Des prises de rendez-vous de suivi personnalisés par le délégué sont planifiées. Le lieu de la

consultation est choisi par le patient lui même, en fonction de son activité professionnelle, des contraintes horaires qui en découlent, afin d'éviter au maximum les arrêts de travail et les déplacements.

10. Le patient rentre chez lui. Le suivi ambulatoire du délégué démarre, soit par des consultations programmées ou émanant du patient lui-même. au cours desquelles les actes dérogatoires seront pratiqués (Annexe 12), tels que :

- la prescription, la lecture et l'interprétation des glycémies (à jeun, préprandiales, post prandiales, soir, coucher
- 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

Ce qui en découle :

- le changement par le délégué de la prescription médicale pour adapter les doses d'insuline en fonction des résultats biologiques et/ou des événements intercurrents (soins de premier recours). Le délégué règle l'équilibre glycémique, traite les hyperglycémies et traite les hypoglycémies (resucrage). Le tout dans une démarche d'éducation thérapeutique (acte non dérogatoire)
- la prescription en seconde intention d'un modèle de pompe adaptée aux besoins du patient

11. Une fois par an, il assistera, s'il le souhaite, à des ateliers de réévaluation de son traitement (programme d'éducation thérapeutique « Prise en charge ambulatoire par l'infirmier des diabétiques insulinotraités selon un programme d'éducation thérapeutique adapté à la vie de tous les jours » autorisé par l'ARS Ile de France le 1er juin 2012 (annexe 3), une diététicienne (annexe 13) participe à ce programme dans le cadre de l'insulinothérapie fonctionnelle).

- Le médecin comme l'auxiliaire de santé ont accès à tout moment au dossier patient.

12. En cas de refus par le patient de ce mode de prise en charge, il sera suivi par son diabétologue de façon conventionnelle. Son refus sera noté dans son dossier

13. En cas d'urgence nécessitant l'hospitalisation d'urgence après avoir averti le délégant le délégué prévenu fera admettre le patient directement dans le service ou il est suivi sans passage par les urgences

*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 déléguant pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).*

***Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :***

- la prescription, la lecture et l'interprétation des examens biologiques de glycémie (HbA1c, cétonémie cétonurie, Fructuosamine et glycémies),
  - la prescription en seconde intention d'un modèle de pompe adapté aux besoins du patient
  - Changement de la prescription médicale d'insuline
    - o la prescription d'insuline avec l'identification de nouveaux objectifs de traitement et l'adaptation des doses d'insuline aux repas et lors d'activités physiques.
    - o Prescription de nouveaux débits de base d'insuline de la pompe
    - o Traitement des hypoglycémies : re sucrage des patients (soin de premier recours)
    - o Traitement des hyperglycémies : traitement de la cétose : prescription d'insuline pour faire revenir la glycémie à la valeur cible (soin de premier recours)
  - Le soin de premier recours
    - o Le patient a un accès direct aux infirmiers pour traiter ou éviter les accidents et incidents graves et les hospitalisations.
  - Information et signature du consentement sur le protocole de coopération définissant de façon précise le rôle et les responsabilités de chaque acteur
  - Information et signature du consentement à la création de son dossier patient partagé accessible pour tous les acteurs.
- En cas d'urgence le patient appelle le numéro d'urgence des infirmiers, l'infirmier identifie le niveau de gravité, l'infirmier ne quitte jamais un patient sans que ses résultats ne soient pas revenus à l'objectif fixé par le diabétologue,

- Pour chaque acte dérogatoire, des procédures (adultes et enfants) ont été rédigées (Annexe 12) avec schémas décisionnels, les infirmiers y sont formés et doivent les appliquer :
  - o Procédure adaptation des doses
  - o Procédure adaptation des débits de base
  - o Procédure traitement des hypoglycémies
  - o Procédure traitement des hyperglycémies
  - o Procédure en cas de panne de pompe
  - o Procédure signature du consentement
- Pour encadrer le travail des infirmiers, le superviser, le former
  - o Une fois par semaine : un staff réunit l'équipe pluridisciplinaire délégué/déléguant. Les délégués y présentent des dossiers de 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
- o Chaque déléguant supervise 1 fois par 15

3 modes d'intervention possible en fonction de seuils d'alerte prédéfinis et qui peuvent être ajustés en fonction du patient et définis par le diabétologue

**Chez l'adulte :**

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le délégué, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - o Hypoglycémies entre 0,55 g/l et 0,70 g/l
  - o Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
    - Glycémies à jeun ou préprandiales ( $\geq 1.80$ g/l)
    - Glycémies postprandiales entre 2,20 g/l et 4 g/l
- **Alerte de gravité haute**, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - 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 postprandiale  $> 4$  g/l
- **Alerte de gravité très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise consultation avec le patient, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte :
  - o Hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers)
  - o Hyperglycémie à jeun  $> 3$ g/l avec cétonémie/cétonurie  $\geq 1$ croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)

**Chez l'enfant de 6 ans à 17 ans et 11mois :**

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le délégué, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - o Hypoglycémies entre 0.60 g/l et 0,70 g/l, symptomatiques ou non

jours 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.

- o Les réunions interprofessionnelles permettent de :
  - o Réunir délégué/délégué autour du dossier patient
  - o Tous les dossiers patients sont revus au moins une fois par trimestre.
  - o La première a lieu un mois après la sortie de l'hôpital
  - o Elles peuvent avoir lieu en face-face ou de façon téléphonique.
  - o Aux délégués de superviser les actes accomplis par les délégués
  - o de réajuster les objectifs glycémiques en cas de besoin.
  - o D'apporter des mesures correctives si nécessaire.
  - o De former le délégué
  - o Aux délégués d'avoir un retour sur les consultations du délégué
  - o Chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient
  - o Une messagerie appelée agora dans l'outil ARCHIPEL leur permet de communiquer à tous moments.
- o Une fois par semaine, le référent des délégués réunit l'équipe de délégués pour

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glycémies à jeun ou préprandiales (<math>\geq 1.80</math>g/l)</li> <li>▪ Glycémies post prandiales entre 2,20 g/l et 3,5 g/l</li> </ul> </li> <li>- <b>Alerte de gravité haute</b>, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et ses parents si besoin et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hypoglycémie <math>&lt; 0,55</math> g/l <math>&lt; 0.60</math> g/l +/- symptômes (pâleur, sueurs, troubles du comportement, troubles de concentration.... )</li> <li>○ Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/semaine <math>&gt; 2,80</math> g/l et cétonémie/cétonurie (= 0 ou traces)</li> <li>○ Hyperglycémie postprandiale <math>&gt; 3,5</math> g/l</li> </ul> </li> <li>- <b>Alerte de gravité très haute</b>, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une consultation avec le patient et ses parents si besoin, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hypoglycémie sévère avec trouble de conscience ou somnolence, empêchant la prise de sucre par la bouche (<i>et si un contrôle glycémique peut être réalisé, un taux de glycémie <math>&lt; 60</math> mg/dl ou « Lo » sur l'écran du lecteur</i>).</li> </ul> <p>Hyperglycémie à jeun <math>&gt; 2,80</math> g/l avec cétonémie/cétonurie <math>\geq 1</math>croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)</p> </li> </ul>	<p>un travail coopératif d'évaluation et de formation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lors du suivi en ambulatoire les délégués assurent une astreinte 24 h/24,</li> <li>○ le délégué est toujours joignable.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>Lors des actes dérogoratoires concernant la prise en charge des incidents hypo ou hyperglycémiques et selon le niveau de gravité (annexe 12), et en cas de symptôme ne faisant pas partie du protocole de prise en charge du diabète, le délégué fait appel au délégué.</p>
---	---

*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 ?*

1. Le système d'information partagée entre les professionnels permet le partage des données à caractère personnel concernant le patient dans un but d'une meilleure coordination des soins 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 délégant peut ainsi à tous moments contrôler le déroulé des actes infirmiers.  
Chaque délégant supervise 1 fois par 15 jours 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. Les infirmiers sont joignables par une ligne directe lorsqu'ils sont en consultation, sur un numéro de portable d'urgence 24 h/24, 365J/365 lorsqu'ils sont en astreinte et dans le service de diabétologie lorsqu'ils assurent les formations en hospitalisation.
2. Une fois par semaine, un staff réunit l'équipe pluridisciplinaire délégué/délégant. Les délégués y présentent des dossiers de patients dits en difficulté ayant nécessité des actes de premier recours.
3. Chaque fin de semaine le délégant reçoit la liste des patients qui seront vus par les délégués
4. Les réunions interprofessionnelles permettent de :
  - Réunir délégant/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 sortie de l'hôpital
  - 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 délégant
  - chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient
  - Une messagerie appelée agora dans l'outil ARCHIPEL leur permet de communiquer a tous moments.
5. Réunions hebdomadaires référent des délégués/équipe des délégués  
travail coopératif d'évaluation quantitatif et qualitatif de l'activité de ceux-ci.



## 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,
- ce diabétologue donnait son numéro de téléphone personnel pour être joint à tous moment,
- une astreinte matérielle en dehors du suivi diabétologique existait, entre 2 visites de diabétologue
- le patient était plus ou moins livré à lui même, son médecin généraliste renouvelait les ordonnances sur conseil du diabétologue.

Le parcours de soins actuel :

- les consultations présentes déléguant sont limitées à la résolution des problèmes complexes le diabétologue joue pleinement son rôle d'expert.
- La revue générale du diabète en HDJ une fois/an ou tous les deux ans, se fait en présence du binôme délégué en binomie avec le diabétologue
- fin de la rupture de la prise en charge de proximité à la sortie de l'hôpital par la naissance de la structure ambulatoire, composée d'une équipe pluridisciplinaire (Arrêté du DGARS du 27 septembre 2012 N° DOSMS-2012-139, région Ile de France cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires). Ce suivi est basé sur la continuité et la permanence des soins. Elle s'insère dans le parcours de soins du patient. Cette structure à des normes strictes en termes d'organisation et de protocolisation Une planification est indispensable et visible par tous celle-ci a été organisée 24 h/24,7 j/7, 365 j/365.
- Les rendez-vous infirmiers sont sans délai d'attente et adaptés aux disponibilités du patient afin d'éviter les déplacements et les arrêts de travail. La prise en charge du patient se déroule de la façon suivante (Annexe 10) :
  - 1- Le délégué intervient dès la semaine d'éducation dite de mise sous pompe (hospitalisation dans le service de diabétologie, 4 à

5 jours du patient). Elle est construite sur le modèle d'un parcours d'éducation thérapeutique alliant : cours de délégant, ateliers patients, exercices pratiques par les délégués (Annexe 9).

- 2- A la fin de la semaine, le patient s'auto évalue avec le binôme référent/délégué et un plan de visites de suivi personnalisé lui est proposé, validé par le délégant. Si le délégant n'est pas présent, un compte rendu lui est adressé.
- 3- Le patient rentre chez lui et le délégué le prend en charge. Il assure les consultations, les ateliers au sein de la structure ou à domicile. Le lieu de consultation est choisi par le patient afin de l'adapter au maximum à ses contraintes personnelles et lui éviter ainsi des arrêts de travail, des déplacements. Un délégué assure l'astreinte et répond aux urgences (Annexe 7) pour assurer la permanence des soins (un numéro vert ainsi qu'un numéro d'urgence ont été mis en place).
- 4- Des listes d'astreintes (Annexe 7) pour le suivi des patients sous pompe à insuline externe sont éditées et visibles par tous sur lesquelles on trouve à la fois le nom du médecin de garde et de l'infirmier d'astreinte.
- 5- L'intervention du délégué peut se faire à la demande du patient soit à cause d'un problème technique (exemple : cathéter bouché à l'origine d'une hyperglycémie avec acétone) soit à cause d'une sensation de mal-être qui demande un diagnostic et une prescription de nouvelle dose d'insuline soit en cas d'échec par le patient lui-même d'une tentative de traitement par exemple une hypoglycémie persistante, soit en cas d'hyperglycémie qui nécessite une prescription d'insuline par le délégué soit en cas d'événement intercurrent par exemple une interaction médicamenteuse avec l'insuline soit lors d'un épisode infectieux.
- 6- Le délégué identifie le niveau de gravité, 3 modes d'intervention possible décrits dans le paragraphe IV. B) 5) a).
- 7- La Coordination délégant/délégué est mise en place dès la sortie de l'hôpital

<p><i>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. <b>Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.</b></i></p>	
<p><i>Temps estimé pour le délégué :</i></p>	<p>Synthèse tous les 6 mois en moyenne 34 minutes          Consultations intermédiaires, en hôpital de jour et téléphoniques : en moyenne 12 minutes          Urgences visites à domicile : pas de temps moyen évalué (dépendant du niveau d'urgence, et de la distance pour le déplacement)          Préparation des consultations : 10 minutes          Réunions : 1 heure par réunion (pluridisciplinaires et staffs) et 15 minutes pour la rédaction du compte rendu.</p>
<p><i>Temps passé par le délégant avant le transfert :</i></p>	<p>consultation de diabétologue: 20 -30 minutes</p>
<p><i>Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :</i></p>	<p>■</p>
<p><i>Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?</i></p>	
<p>Service de diabétologie du CHSF / CERITD / Domicile patient</p>	

#### 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 ?

Lors de sa semaine d'hospitalisation, le patient est éduqué à repérer les signes d'alerte.

Le délégué et le délégant sont toujours joignables ainsi que le secrétariat (aux heures de bureau)

L'intervention du délégué pourra aussi se faire à la demande du patient soit à cause d'un problème technique (exemple : cathéter bouché à l'origine d'une hyperglycémie avec acétone) soit à cause d'une sensation de mal-être qui demande un diagnostic et une prescription de nouvelles doses d'insulines soit en cas d'échec par le patient lui-même d'une tentative de traitement par exemple une hypoglycémie persistante, soit en cas d'hyperglycémie qui nécessite une prescription d'insuline par le délégué soit en cas d'événement intercurrent par exemple une interaction médicamenteuse avec l'insuline soit lors d'un épisode infectieux.

Une enquête satisfaction patients est réalisée chaque fin d'année et des mesures correctives sont mises en place

##### Chez l'adulte :

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le délégant, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - o Hypoglycémies entre 0,55 g/l et 0,70 g/l
  - o Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
    - Glycémies à jeun ou préprandiales ( $\geq 1.80$ g/l)
    - Glycémies postprandiales entre 2,20 g/l et 4 g/l
- **Alerte de gravité haute**, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - 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 postprandiale  $> 4$  g/l
- **Alerte de gravité très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une

consultation avec le patient, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte :

- Hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers)
- Hyperglycémie à jeun  $> 3\text{g/l}$  avec cétonémie/cétonurie  $\geq 1$ croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)

**Chez l'enfant de 6 ans à 17 ans et 11mois :**

- **Alerte de gravité mineure**, l'infirmier n'appelle pas le délégant, il analyse les données du carnet de glycémies et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - Hypoglycémies entre  $0.60\text{ g/l}$  et  $0,70\text{ g/l}$ , symptomatiques ou non
  - Hyperglycémies : au moins 3 épisodes/semaine de :
    - Glycémies à jeun ou préprandiales ( $\geq 1.80\text{g/l}$ )
    - Glycémies post prandiales entre  $2,20\text{ g/l}$  et  $3.5\text{ g/l}$
- **Alerte de gravité haute**, l'infirmier procède au réajustement du traitement avec son patient et ses parents si besoin et saisit un PEP de suivi, de synthèse, domicile ou d'urgence suivant la situation. Critères d'alerte :
  - Hypoglycémie  $< 0,55\text{ g/l}$   $< 0.60\text{ g/l}$  +/- symptômes (pâleur, sueurs, troubles du comportement, troubles de concentration....)
  - Hyperglycémie à jeun ou préprandiale avec au moins 1 épisode d'hyperglycémie/semaine  $> 2,80\text{ g/l}$  et cétonémie/cétonurie (= 0 ou traces)
  - Hyperglycémie postprandiale  $> 3.5\text{ g/l}$
- **Alerte de gravité très haute**, l'infirmier prévient le médecin par téléphone ou par mail pour que ce dernier réalise une consultation avec le patient et ses parents si besoin, cette consultation pourra être téléphonique. Critères d'alerte :
  - 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  $< 60\text{ mg/dl}$  ou « Lo » sur l'écran du lecteur*).

Hyperglycémie à jeun  $> 2,80\text{ g/l}$  avec cétonémie/cétonurie  $\geq 1$ croix (+/- signes cliniques : nausées, vomissements, douleurs abdominales, voire troubles de conscience)

Le système d'information partagée entre les professionnels ARCHIPEL permet la génération de listes d'alertes aux délégués :

- patients en difficultés (2 HbA1c  $> 9\%$  consécutives en dehors de la première) (annexe 12.6),
- patients perdus de vue depuis un an et un jour si le délégué ne parvient pas à joindre le patient au bout de deux appels, il prévient le délégant et se déplace chez le patient (annexe 12.7)
- patients non vu depuis 6 mois et 1 jour
- Suivi entre deux dates choisies des hypoglycémies, des hyperglycémies

- Suivi de la prescription d'insuline (dose moyenne)

*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
- Erreur de diagnostic lors de l'interprétation des données
- Mauvaise évaluation de l'état du patient
- Erreur de prescription des doses d'insuline
- Traitement des hypoglycémies inadapté
- Traitement des hyperglycémies inadapté
- Délégué qui ne répond pas à l'appel d'urgence d'un patient

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

Les actions préventives :

1. Une formation du patient et de son entourage à reconnaître les signes avant coureurs de son instabilité glycémique
2. Une formation du patient et de son entourage à la procédure resucrage
3. Une éducation du patient et de son entourage à la procédure traitement des hyperglycémies
4. Une éducation du patient et de son entourage à la reprise des multiinjections en cas de panne de pompe
5. Une éducation du patient et de son entourage à l'insulinothérapie fonctionnelle (annexe 14)
6. Une formation initiale approfondie de l'infirmier délégué de 5 semaines prolongées de 2 semaines d'immersion dans un service en endo pédiatrie
7. liste automatisée des patients dit en difficulté
8. liste automatisées des patients perdus de vue
9. liste automatisées des patients non vus
10. Une visibilité 24 h/24 des prescriptions du délégué dans ARCHIPEL
11. Une Supervision continue du délégant à 3 niveaux :
  - Un staff hebdomadaire au cours duquel le délégué rend compte de ses actes dérogatoires. Les dossiers électroniques des patients en difficulté (2 dernières HbA1c > 9 %) sont consultés 1 fois par semaine par le délégant.
  - Des réunions pluridisciplinaires permettent la revue de tous les dossiers le délégant consulte les dossiers au moins une fois par 3 mois, avec le délégué, lors d'une réunion face face d'échanges. La 1<sup>ère</sup> réunion est prévue dans le mois qui suit



- l'initiation d'un patient Chacune d'entre elles donne lieu à un compte-rendu dans le dossier électronique du patient.
- Une supervision des consultations infirmiers une fois par 15 j par le biais du dossier électronique de façon aléatoire par le délégant

12. Un délégant accessible 24 h/24 (annexe 7)

13. Une formation de base et continue forte (voir paragraphe VI.)

14. Un accès superuser dans archipel permet au responsable des délégués de suivre et analyser grâce à des tableaux de bord toute l'activité qualitative et quantitative des délégués. Ceci lui permet d'avoir des entretiens d'évaluation individuels ou collectifs pour développer l'expertise des délégués et pouvoir à tous moments en cas de dysfonctionnement mettre en place par le responsable des délégants des mesures d'accompagnement.

*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 ?*

Face à un événement indésirable grave, le délégué prévient immédiatement en temps réel le délégant, une procédure de prise en charge du patient avec les mesures correctives nécessaires est immédiatement faite par le délégant après évaluation de la relation entre l'événement et le suivi par le délégué.

Un correspondant matériovigilance a été nommé : Mme Caroline Peschard. 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 ?*

Nous nous sommes appuyés sur le système d'information partagée entre les professionnels pour gérer la prévention des événements indésirables :

- un onglet permet le suivi des hypoglycémies, des hyperglycémies par patient et permet d'en évaluer le rythme et la durée des apparitions.
- Une liste des patients dits « en difficulté » (patient présentant 2 dernières HbA1c > 9 % en dehors de celle lors de la mise sous pompe).
- Une liste des patients dits « perdus de vue » (patients non vus par un soignant depuis 1 an et 1 jour) ces patients sont très souvent en déni de la maladie, en errance de leur traitement et risquent de développer des complications. Une liste des patients dit « non vus » (6 mois et 1 jour).

Si un événement indésirable survient le délégué doit suivre la procédure selon le niveau de gravité et rédiger quelque soit l'événement un compte-rendu dit PEP de synthèse ou de suivi et remplir le formulaire de gestion de ces événements par les infirmiers visibles par délégants et délégués à tout moment (Annexe 4).

#### 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 ?

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

**① 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 type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	1 fois par semaine
	<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	analyse annuelle des statistiques concernant les principaux indicateurs contenus dans le dossier patient partagé

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

Archipel permet une analyse qualitative et quantitative par le référent des déléguants et des délégués.

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

<i>Pour le patient :</i>	<p>Prise en charge efficace et sûre de sa pathologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- équilibre glycémique amélioré</li> <li>- diminution des hypoglycémies</li> <li>- diminution des hyperglycémies</li> <li>- prévention des complications</li> <li>- réduction des réhospitalisations, réduction des déplacements à l'hôpital, réduction des arrêts de travail,</li> <li>- gestion du stress afférent au traitement</li> <li>- réponse immédiate par un interlocuteur reconnu face à une irrégularité glycémique</li> <li>- réponse immédiate par un interlocuteur reconnu face à la gestion de ses hyperglycémies, hypoglycémies</li> </ul>
--------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bénéficie avec un risque mesuré des derniers outils technologiques</li> <li>-Accompagnement dans les périodes de dénie</li> </ul>
<i>Pour le délégué :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorisation et responsabilisation professionnelle</li> <li>- Travail en équipe pluridisciplinaire</li> <li>- Niveau d'expertise élevé</li> <li>- Contact de proximité avec le patient</li> </ul>
<i>Pour le délégant :</i>	<p>Gain de temps médical permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un rôle d'expert renforcé</li> <li>- un suivi renforcé sur les patients en difficulté</li> <li>-une diminution du nombre de ses perdus de vue</li> <li>- Suivi rapproché indirect de son patient</li> </ul>

## V. – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

<i>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</i>	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 et l'intensification du traitement pour ces patients. L'Association Française des Diabétiques soutient ce projet et a participé à son élaboration. le protocole sera révisé en fonction de l'actualisation des recommandations et des autres références utilisées
<i>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, citer la référence : <b>INFO-BULLE</b>
<i>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? <b>Si oui</b> : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</i>	<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"/>

## 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*

Pour pouvoir exercer les actes dérogatoires, les compétences (Annexe 13) sont :

- Une capacité à pouvoir poser un diagnostic : il faut connaître et comprendre la maladie diabétique (physiopathologie, régulation du glucose dans le sang, les apports glucidiques, le traitement)
- Une capacité à pouvoir prescrire de l'insuline, il faut connaître et comprendre les différents traitements du diabète (qu'est-ce que l'insuline, indications, contre indications, effets indésirables, interactions médicamenteuses, activité physique et insuline)
- Savoir identifier les signes d'alerte : savoir reconnaître une hypoglycémie, une hyperglycémie, un événement intercurrent, un épisode infectieux, une interaction médicamenteuse
- maîtriser l'insulinothérapie fonctionnelle (calcul des unités portions, validation, compensation, insulinosensibilité) (annexe 14)
- savoir écouter son patient
- la capacité à travailler en équipe pour respecter le protocole de coopération (respect des autres, accepter la différence, mettre à jour ses connaissances)
- maîtriser l'utilisation de la pompe à insuline et de ses accessoires pour le traitement de certaines urgences
- être infirmier diplômé d'état avec une expérience conséquente de la prise en charge des pathologies chroniques
- être formé à l'éducation thérapeutique
- savoir gérer son stress
- être disponible

Pour acquérir ces compétences :

Nos infirmiers sont tous infirmiers diplômés d'état. Ils ont été formés par les délégués et parrainés par un délégué sénior pendant 5 semaines de stage d'accueil

	<p>et 2 semaines en service d'endopédiatrie. Ils sont évalués chaque fin de semaine sur l'appropriation des connaissances et mise en place de plan de formations supplémentaires selon ses résultats d'une semaine sur l'autre. Ce stage est validé par une évaluation finale par le délégant et le délégué sénior. Cette formation est adaptable en fonction du cursus de l'infirmier. Un bilan des connaissances est toujours fait au départ pour adapter la formation en temps et en contenu</p> <p>Il comprend (annexe 15) :</p> <p>Une formation aux actes dérogatoires :</p> <p>Semaine 1 : Acquisition des bases du diabète, physiopathologie et traitement;</p> <p>Semaine 2 : Découverte de l'éducation thérapeutique, appropriation de la démarche Plan d'Education Personnalisée et du protocole de coopération</p> <p>Semaine 3 : Formation au matériel ;</p> <p>Semaine 4 : Mise en situation pratique, acquisition de l'autonomie à partir de cas cliniques</p> <p>Semaine 5 : mise en situation d'autonomie, immersion au CERITD avec supervision (astreinte doublée par un délégué sénior)</p> <p>Semaine 6 et 7 : Acquisition de l'approche de la maladie et son traitement chez l'enfant, immersion en service d'endopédiatrie</p>
<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 délégant a la responsabilité totale de l'acquisition de ces bases théoriques (105h).</p> <p>La formation aux « connaissances diabète » (Annexe 15) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition, classification, signes du diabète de type 1 et du diabète de type 2</li> <li>• 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</li> <li>• Définition d'une insuline rapide. Leurs différents modes d'administration</li> <li>• Indication et contre-indication de l'insuline rapide</li> <li>• Définition d'un bolus. Indications.</li> <li>• Activité physique et insuline.</li> <li>• Définition d'une insuline basale. Mécanisme d'action. Indication.</li> <li>• Définition du basal bolus.</li> <li>• Traitements et prise en charge pour le patient diabétique de type 1</li> <li>• Traitements et prise en charge pour le patient diabétique de type 2</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition et objectifs de l'insulinothérapie fonctionnelle : Calcul des Unités/Portion. Validation des unité/portion, compensation. Calcul de l'insulino-sensibilité.</li> <li>• Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ? Les différents actes de l'éducation thérapeutique</li> <li>• Définition de la télémédecine et de ses 4 actes qui définissent la télémédecine.</li> <li>• Définition et objectifs de la coopération interprofessionnelle. Qu'est-ce qu'un acte dérogatoire ?</li> <li>• Définition et objectifs de la démarche éducative d'un Plan d'Education Personnalisé</li> <li>• 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 ?</li> <li>• La mesure continue du glucose : définition, objectifs, comment la réaliser.</li> <li>• La glycémie capillaire : définition, objectifs, comment la réaliser.</li> <li>• L'HbA1c : définition, objectifs, comment la réaliser.</li> </ul>
<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 (120h) se fait sous la responsabilité d'un binôme délégant/délégué 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. 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 présent en back up. Chaque fin de semaine les connaissances sont évaluées, validées ou pas par le binôme. Il validera au bout de 5 semaines de stage et décidera si le délégué est apte à exercer l'activité dérogatoire.</p> <p>Contenu de la formation pratique (Annexe 15) :</p> <p>A. La formation informatique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation Pack office, aux logiciels ARCHIPEL, Diabeo et ePEP</li> </ul> <p>B. La formation aux pompes à insuline externes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indication du traitement par pompe externe</li> <li>• Les différentes pompes à insuline externe, avantages et inconvénients de chacune</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les différents lecteurs glycémiques, avantages et inconvénients de chacun</li> <li>• Les différentes insulines rapides</li> <li>• Les différentes insulines basales</li> <li>• Comment le patient diabétique est-il sûr que sa dose de basale est correcte ?</li> <li>• Comment adapte-t-on l'insuline basale chez un patient diabétique ?</li> <li>• Comment adapter le débit de base ?</li> <li>• Comment valider un débit de base secondaire en 1° partie de nuit ?</li> <li>• Comment valider un débit de base secondaire en 2° partie de nuit ?</li> <li>• Comment valider un débit de base secondaire dans la matinée ?</li> <li>• Comment valider un débit de base secondaire dans l'après midi ?</li> </ul> <p>C. formation à la gestion des hypoglycémies et hyperglycémies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les signes d'une hypoglycémie</li> <li>• Prévention de l'hypoglycémie</li> <li>• Les signes d'une hyperglycémie</li> <li>• Traitement d'une hyperglycémie</li> <li>• Comment et quand calculer le resucrage ?</li> <li>• Comment valider la compensation ?</li> <li>• Comment valider le resucrage ?</li> </ul>			
<i>Précisez le nombre d'heures <u>minimum</u> de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	<b>INFO-BULLE</b>			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">           Nombre d'heures de formation théorique         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"><b>105</b></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">           Nombre d'heures de formation pratique         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"><b>140 (annexe 15)</b></td> </tr> </table>	Nombre d'heures de formation théorique	<b>105</b>	Nombre d'heures de formation pratique
Nombre d'heures de formation théorique	<b>105</b>	Nombre d'heures de formation pratique	<b>140 (annexe 15)</b>	
<i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit ayant exercé en service de diabétologie pendant 2 ans,</li> <li>- Soit ayant 3 ans d'expérience d'IDE dans des services de prise en charge de patients atteints de maladie chronique (annexe 13). Une validation des compétences sera faite à l'embauche et le stage pourra être prolongé et adapté en fonction des besoins identifiés et des acquis.</li> </ul>			

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

- 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 délégué par le délégué / nombre d'actes délégués)
  - Précision: une alerte est le recours du délégué au délégué 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
  - Taux de reprises (Définition: nombre d'actes réalisés en totalité ou partiellement par le délégué après intervention du délégué quelqu'en soit le moment)

Cet indicateur peut être comparé entre délégués et/ou entre délégué et délégué

- 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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
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	≥ 98%
Définition de l'indicateur	Pourcentage de patient ayant donné leur accord
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL 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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulino-traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Proportion de professionnels participant au protocole
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL
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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
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 partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL
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	≤ 2 %
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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
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 partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL et rapport de réunion de coopération interprofessionnelle
Numérateur	Nombre d'alertes du délégant effectuées par le délégué (recours au délégant)
Dénominateur	
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 qui réunit 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
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	Atteindre 100%
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
Recommandation	Se tenir à une formation initiale et continue de haut niveau. Une supervision des actes dérogoire 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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	< 2%
Définition de l'indicateur	Nombre d'actes dérogoires réalisés en totalité ou partiellement par le délégant après intervention du délégué quelqu'en soit le moment / Nombre d'actes dérogoires du délégué
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL
Numérateur	Nombre d'actes dérogoires réalisés en totalité ou partiellement par le délégant après intervention du délégué quelqu'en soit le moment
Dénominateur	Nombre d'actes dérogoires 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 dérogoire 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	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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
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 partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL 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	Une 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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulinotraités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	100%
Définition de l'indicateur	nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL 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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulino-traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	Tous les dossiers patients doivent être revus au moins une fois par trimestre Une fois par semaine : un staff réunit 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"> <li>• Faire circuler entre tous les acteurs les dates de planification des staffs.</li> <li>• Vérifier la qualité et la quantité des comptes rendu de réunion pluridisciplinaires et des staffs.</li> <li>• Faire des bilans trimestriels de l'assiduité des acteurs à la réalisation des réunions.</li> </ul>
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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulino traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfait / Nombre de délégués non satisfaits
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 non satisfaits
Périodicité	A chaque session de formation et annuelle
Seuil d'alerte	c
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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulino-traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100 %
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfaits / Nombre de délégués non satisfaits
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 non satisfaits
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	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulino-traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11 mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	= 100%
Définition de l'indicateur	Nombre de délégués satisfaits / Nombre de délégués non satisfaits
Modalités de recueil des données	Questionnaires de satisfaction
Numérateur	Nombre de délégués satisfaits
Dénominateur	Nombre de délégués non satisfaits
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 accompagnants.
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	Délai de 1 <sup>er</sup> rendez-vous donné par la structure ambulatoire des patients inclus (Définition : délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué)
Nb de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	632 patients diabétiques de type 1 traités par pompe à insuline externe ont été suivis en 2011 par le CERITD, avec en moyenne 80 nouveaux patients par an.
Population concernée par le protocole de coopération	Tous les patients diabétiques insulino-traités type 1 et type 2 (enfants de 6 ans à 17 ans et 11mois/adultes) par pompe à insuline externe
Objectif à atteindre	La date planifiée en fonction du plan d'éducation soit respectée à 100%
Définition de l'indicateur	Délai médian d'obtention de premier rendez-vous avec le délégué à la sortie de l'hospitalisation
Modalités de recueil des données	Système d'information partagé entre les professionnels de santé ARCHIPEL
Numérateur	Médiane du temps (jours) entre la sortie de l'hospitalisation dans le cadre du protocole et la date de rendez-vous effectif avec le délégué
Dénominateur	
Périodicité	Annuelle
Seuil d'alerte	Ne pas dépasser un mois
Recommandation	La continuité et la permanence des soins ont été organisées 24 heures/24, 7 jours/7, 365 jours/365 Un secrétariat est à disposition des patients de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 17 h du lundi au vendredi Les RDV délégués sont sans délai d'attente et adapté aux disponibilités du patient afin d'éviter les déplacements et les arrêts de travail. Un numéro vert a été mis en place et un numéro d'urgence
Remarque(s)	<i>Le premier rendez vous avec le patient est donné à la fin de la semaine d'éducation en hospitalisation pour la mise sous pompe à insuline externe du patient. Le délai de cette hospitalisation est soumis aux contraintes du service de soin et des disponibilités du patient pour une hospitalisation d'une semaine. Ce délai totalement indépendant du protocole de coopération nous avons donc choisi d'utiliser comme indicateur le premier rendez vous en ambulatoire à la sortie de l'hospitalisation.</i> 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

**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*

- A. La formation informatique
- B. La formation aux pompes à insuline externes
- C. formation à la gestion des hypoglycémies et hyperglycémies

*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**



## 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](http://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\*

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