



ADNF

SEPTEMBRE 2019

QUESTION
D'INTENSIFICATION

Diabète de type 2 : Phénotyper
pour intensifier

Catherine Germain
Diabétologie CHU Saint Etienne

UNE QUESTION
D'INTENSIFICATION

Diabète de type 2 : Phénotyper
pour intensifier

Les Assises de Diabétologie et de Nutrition Françaises

2ÈME ÉDITION

NHC & ISIS DIABÈTE

PRÉPARER LE DIABÈTE DUFUTUR EN MAÎTRISANT LE DIABÈTE D'AUJOURD'HUI

Les 2èmes Assises de Diabétologie et de Nutrition Françaises viennent de se terminer. Trois jours pour se rencontrer, diabétologues de ville, diabétologues hospitaliers ou de cliniques. Trois jours pour échanger. Trois jours pour faire le lien entre la diabétologie d'aujourd'hui et celle que l'on souhaite construire pour demain. Trois jours pour « apprendre à travailler ensemble autrement »...

Au travers de sessions plénières, de tables rondes et d'ateliers nous avons évoqué la physiologie du diabète de type 2, son histoire naturelle, la cellule Bêta et les possibilités actuelles de protéger les îlots de Langerhans, ou encore le peptide C et la résistance à l'insuline et l'intérêt du phénotypage. Sur le plan thérapeutique, nous avons fait une remise à jour des médicaments du cœur et du diabète en redonnant une place à la metformine. Nous avons également appris comment et pourquoi aller vers l'intensification du traitement au travers du phénotypage et des outils technologiques actuellement à notre portée. Nous avons travaillé ensemble en atelier pour mieux utiliser les capteurs glycémiques. Enfin, nous avons pu mieux comprendre la boucle fermée ou plutôt la boucle hybride...

En parallèle, nous avons évoqué les parcours de soins, les relations ville hôpital pour la prise en charge coordonnée des patients diabétiques avec ou sans pompe à insuline sans oublier de réfléchir au rôle que nous, diabétologues, nous envisageons pour le prestataire de demain.

De ces échanges, le facteur humain et la communication sont ressortis comme des éléments incontournables et pourtant pas si simples à mettre en œuvre au quotidien. Un aperçu trop bref mais passionnant de ce que la synergologie peut nous offrir dans notre rôle de médecins a fini de nous convaincre de l'importance de toutes les formes de communication.

Enfin, après l'avoir évoqué tout au long de ces journées au travers des différentes thématiques abordées, nous avons fait la part belle à l'intelligence artificielle et surtout à la télémédecine avec une intervention d'un représentant médical de la DGOS suivie d'une table ronde autour de professionnels, médecins, pharmaciens, et infirmiers pour des échanges constructifs et une parole libre avec la salle.

Ces journées ont vu de nombreux allers et retours entre aujourd'hui et demain, avec un dosage équilibré entre théorie et pratique, toujours dans un esprit curieux et bienveillant, et semblent avoir répondu à notre souhait initial d'appréhender la diabétologie de demain avec les armes d'aujourd'hui. Car face à la révolution technologique et numérique, nous sommes à un tournant de l'évolution de la diabétologie que nous ne devons pas subir mais construire ensemble.

Ce livret regroupe un résumé des interventions ainsi qu'un retour d'expériences sur les ateliers faits par les animateurs.

Bien sûr, nous souhaitons remercier ISIS Diabète et NHC de nous avoir permis d'organiser ces assises et de construire un programme scientifique en toute liberté ; remercier tous les orateurs pour leur présence et la qualité de leur interventions, et remercier vous tous pour votre assiduité, vos questions et réponses qui ont fait la qualité des échanges lors de ces journées.

En espérant vous revoir pour la prochaine édition,

UNE QUESTION DE PHYSIOLOGIE



PROTÉGER L'ÎLOT POUR RÉVERSER LE DIABÈTE

Professeur Michel Pinget

Centre Européen d'Étude du Diabète à Strasbourg



Les chiffres plus qu'alarmants sur la situation du diabète témoignent de l'échec des stratégies de prévention de cette maladie chronique, notamment au niveau de la prévention tertiaire, celle qui vise à éviter la survenue des complications chroniques.

Certes les mesures hygiéno-diététiques sont efficaces à long terme, mais si difficiles à mettre en œuvre. De plus les médicaments anciens du diabète, agissant sur la seule fonction bêta cellulaire, n'apportent pas au-delà de l'effet hypoglycémiant de protection cardio-vasculaire efficace.

A l'opposé, de nouveaux médicaments dont le site d'action ne se limite pas à la sécrétion ou l'action de l'insuline apparaissent plus prometteurs.

L'analyse de ces faits, notamment du bénéfice flagrant et au long cours de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique, mettent en évidence l'existence d'échanges permanents de signaux, positifs ou négatifs, entre les différents organes.

Ce phénomène, dénommé cross-talk, s'appuie sur la production de protéines, mais aussi de microparticules, capables de renseigner le pancréas sur l'état du tube digestif, du foie, du muscle et du tissu adipeux.

L'identification de ces signaux, notamment ceux issus du muscle, doit permettre de reconsidérer fondamentalement la prévention et le traitement du diabète.



LES MÉDICAMENTS DU DIABÈTE ET DU CŒUR, COMMENT LES UTILISER ?

PROFESSEUR ALFRED PENFORNIS

Centre Hospitalier Sud Francilien à Corbeil-Essonnes ;
Faculté de Médecine Paris Sud, Université Paris-Saclay



Parler des médicaments « du diabète et du cœur » nécessite de définir cette « classe thérapeutique » : les médicaments qui, en plus de leur effet sur la glycémie, confèrent aux patients des bénéfices sur le plan cardio-vasculaire.

On pense tout naturellement aux 2 dernières familles d'antidiabétiques commercialisées : les agonistes du récepteur du GLP1 (arGLP1) et les inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2) ou gliflozines. Mais bien qu'elle n'ait pas fait l'objet d'études de sécurité cardiovasculaire (CV) aussi convaincantes, nous y ajouterons également notre « bonne vieille » metformine.

Comment les utiliser nécessite de... pouvoir les utiliser ! Ce n'est pas le cas des iSGLT2 en France à l'heure où sont écrites ces lignes, sachant qu'une bonne nouvelle est attendue pour la dapagliflozine avant la fin de l'année 2019.

Après un bref rappel des bénéfices cardiovasculaire démontrés, à la lumière des effets secondaires de ces médicaments, nous en aborderons les contre-indications, les modalités de prescription, les précautions d'emplois et les situations d'arrêts transitoires ou définitifs... afin que ces molécules conservent un rapport bénéfices/risques favorable.

PHÉNOTYPER POUR INTENSIFIER

PROFESSEUR NATACHA GERMAIN
CHU Saint-Etienne



Le diabète de type 2 est une maladie chronique évolutive liée principalement à une résistance à l'insuline, une insulino-sécrétion variable dans le temps et un déficit en GLP1.

Les traitements sont multiples et agissant sur des différents aspects de la physiopathologie de la maladie. Depuis UKPDS, nous savons qu'il faut régulièrement adapter intensifier et modifier le traitement pour assurer l'équilibre glycémique. Nous savons également depuis plus récemment qu'il faut prendre en compte la sécurité cardiovasculaire. Enfin, nous allons de plus en plus vers une thérapeutique personnalisée en prenant en compte d'autres paramètres que les valeurs de la glycémie pour sécuriser et rationaliser cette intensification.

Cet exposé propose des exemples pratiques de l'utilisation d'un test de tolérance à l'insuline, formule dérivée et simplifiée du clamp lors de la mise sous insuline, ou de GLP1 et l'utilisation de la pompe à insuline dans le diabète de type 2.

Plus qu'une solution unique, ce test représente une volonté de phénotyper le diabète de type 2 pour rationaliser les traitements et limiter les inerties thérapeutiques.

INTENSIFICATION THÉRAPEUTIQUE ET TECHNOLOGIE DANS LE DIABÈTE DE TYPE 2

DOCTEUR VINCENT MELKI
CHU de Toulouse Rangueil

L'évolution naturelle du diabète de type 2 impose de renforcer périodiquement le traitement des patients. Les sociétés savantes, telles que l'ADA et l'EASD, publient régulièrement des recommandations pour guider les soignants à travers les multiples étapes et possibilités d'intensification thérapeutique.

Néanmoins, les études de population, en vie réelle, montrent que les objectifs glycémiques ne sont pas atteints chez bon nombre de patients, notamment du fait de l'introduction tardive de l'insuline et d'une titration des doses insuffisante. Ces processus d'intensification et de titration, qui ont été éprouvés dans de nombreuses études « treat to target », avec des résultats bien souvent supérieurs à ceux observés en pratique courante, sont sans doute plus complexes qu'ils n'y paraissent.

Nous analyserons les obstacles à l'intensification du traitement du diabète de type 2 et proposerons quelques pistes, notamment technologiques, pour tenter de les contourner.



INITIATION A LA SYNERGOLOGIE

DOCTEUR SAID BEKKA

Institut de Diabétologie et Nutrition à Mainvilliers



La pratique médicale a beaucoup changé ces dernières années. Les professionnels de santé doivent maintenant s'adapter non seulement aux nouveautés scientifiques, mais de plus en plus à des patients exigeants, surinformés, plus ou moins observants, voire sceptiques sur les propositions thérapeutiques.

Ces nouvelles exigences requièrent des praticiens des connaissances de base en psychologie et en techniques de communication s'ils veulent être entendus, suivis et compris.

Si les mots sont un vecteur essentiel lors de la consultation, le corps s'exprime également et ce langage non verbal traduit de façon spontanée et naturelle, les désirs, les sentiments, la motivation et les intentions d'un patient.

Ainsi les mouvements des yeux, du visage, la gestuelle, le positionnement du corps sont autant d'informations qui permettent de mieux appréhender les réactions de l'autre et de renforcer « le discours thérapeutique ».

Que ce soit pour l'annonce d'un diagnostic de maladie, la prescription d'un traitement chronique, la mise en place de règles hygiéno-diététiques etc..., le décryptage des signaux du corps offre aux praticiens une approche fine et respectueuse du ressenti de son patient. Traduire le langage du corps c'est donc comprendre « le langage de l'inconscient ».



RELATION VILLE-HÔPITAL PARCOURS DE SOIN

DOCTEUR SÉVERINE BAUD BESANCON

Vienne

Installée en « mixte » $\frac{3}{4}$ libérale et $\frac{1}{4}$ attachée, je suis pleinement concernée par cette relation « ville-hôpital », d'autant plus que j'ai « la chance » d'exercer dans un territoire à taille humaine.

Cette fameuse relation « ville-hôpital », pourquoi cette opposition ? Ne sommes-nous pas tous aux soins du patient ? Centre de la discussion, enfin !

Tellement logique et normale. En théorie, il n'y a pas d'opposition entre les deux formules de parcours de soins directement complémentaires.

En fonction du profil patient, grave, nécessitant hospitalisation initiale dont la prise en charge peut ensuite être « ambulatoire » dès amélioration. Au moyen de consultations rapprochées éventuellement pour laisser la possibilité à l'hôpital, de prendre en charge, de nouveau, des patients nécessitant des soins complexes, ou impossibles à réaliser « en ambulatoire ». Là, bien sûr, je ne parle que de la filière « spécialité » mais ce fonctionnement est également extrapolable avec le support « médecin traitant » classiquement, le médecin généraliste.

Le patient, moins grave, pouvant être pris en charge en ambulatoire ou en médecine libérale. Bien qu'il y ait eu (depuis mon installation) des améliorations de ce fonctionnement logique, surtout depuis quelques années, il persiste de nombreux axes d'amélioration possibles.

Améliorations probablement facilitées par les nouvelles technologies permettant une communication rapide. Voire des consultations « à distance » ou télémédecine -progrès de demain ?- mais qui paraît tellement « déshumanisé ». À nous d'optimiser nos complémentarités pour en faire une force et ne pas nous voir imposer un système de fonctionnement que nous ne souhaitons pas.



DIABÉTOLOGIE DEMAIN : PARCOURS DE SOINS, VIRAGE AMBULATOIRE, MODE DE RÉMUNÉRATION, PLACE DES SPÉCIALISTES ?

DOCTEUR PIERRE SERUSCLAT

GROUPE HOSPITALIER MUTUALISTE LES PORTES DU SUD

Le plan « Ma Santé 2022 » présenté en septembre 2018 par le Président de la République a lancé une réforme ambitieuse de l'organisation de notre système de soins, avec une injonction pour les acteurs de ce système d'aboutir au plus tard en 2022.

Cinq chantiers :

- organisation territoriale des soins
- mode de financement et de régulation
- ressources humaines et formation
- qualité des soins et pertinence des actes
- numérique

On retrouve dans ces chantiers l'évaluation des parcours de soins, et notamment le « virage ambulatoire », la place des différents acteurs et l'évolution des modèles de tarification avec notamment l'apparition de forfaits pour la prise en charge des pathologies chroniques. La place des spécialistes aussi bien de ville qu'hospitaliers à côté de la médecine de premier recours, mise en première ligne, reste encore largement à inventer et à définir, alors que le texte en vigueur de la HAS sur le parcours de soins date de 2014.

La démographie médicale et l'implantation territoriale ne recouvrent pas loin s'en faut les besoins liés à la prévalence du diabète, d'où l'importance prise dans ces chantiers de la place de la télémédecine et du développement de nouvelles structures territoriales, CPTS et maisons de santé, développement soutenu financièrement par les tutelles, ainsi que l'émergence de nouveaux métiers, assistants médicaux et infirmières de pratique avancée. Quelle sera la place des spécialistes dans ces nouvelles organisations ?

Les patients au travers de leurs associations prennent une place active, voire prépondérante aux yeux des tutelles, dans ces chantiers, notamment celui de la pertinence et la qualité des soins mais aussi celui de l'organisation territoriale, imposant des « indicateurs patients », PREMs et PROMs, dans l'évaluation de la qualité des soins avec des avantages tarifaires à la clef. Le but de cet exposé est de faire le point sur certaines de ces évolutions et leurs conséquences sur notre pratique de diabétologues libéraux.

LA BOUCLE FERMÉE EN PÉDIATRIE

Docteur FATIHA GUEMAZI-KHEFFI
GHR Mulhouse Sud Alsace



Ces dernières années marquent un tournant en diabétologie pédiatrique, avec le remboursement des capteurs de mesure de glycémie en continu et les nouvelles générations de pompe à insuline. L'arrivée de ces nouvelles technologies bouleversent nos organisations de soins, en amenant une dimension plus technique mais également plus éducative, impliquant une nécessité pour les soignants de s'organiser, progresser en terme de connaissances afin d'amener nos patients à plus de compétences, et leur permettre de gagner en autonomie et en qualité de vie.



LA BOUCLE FERMÉE CHEZ L'ADULTE

DOCTEUR PAULINE SCHAEPELYNCK-BELICAR
APHM Hôpitaux Sud Sainte-Marguerite à Marseille

Le pancréas artificiel ou insulinothérapie automatisée en Boucle Fermée est attendu de longue date mais son développement s'est accéléré ces dernières années.

Les résultats des travaux de recherche clinique sont très bons tant pour sa sécurité d'utilisation que pour son efficacité métabolique: augmentation du temps passé dans l'intervalle glycémique 70-180 mg/dl et réduction de moitié du temps passé en hypoglycémie.

Plusieurs programmes ont une vision commerciale : DBLG1, Medtronic 670G, Tandem control IQ et Horizon. Deux dispositifs ont déjà obtenu une validation officielle : marquage CE pour le système français DLBG1 (programme Diabeloop) et marquage CE et FDA pour le dispositif Medtronic 670G.

Ces systèmes comportent tous une pompe à insuline, un capteur de glucose et un algorithme (porté soit par un terminal soit par la pompe) et restent pour l'instant, hybrides, c'est-à-dire autonomes pour le débit de base mais pas pour les repas qui nécessitent une validation par le patient.



ATELIER SUR « LE RÔLE DU PRESTATAIRE DANS LA PRESTATION DE SANTÉ À DOMICILE DANS LA PRISE EN CHARGE DE DEMAIN ? »

DOCTEUR VINCENT MELKI, CHU de Toulouse Rangueil
ANTONY SYLVAIN, Responsable National NHC
FRANCK DUPLOYER, Responsable Patient ISIS Diabète

L'atelier a permis de questionner les médecins présents quant au rôle du prestataire en amont de la mise sous pompe, pendant la mise sous pompe puis le suivi réalisé après la mise sous pompe par ce dernier.

L'atelier s'est déroulé en 3 grands temps :

1. Les points positifs de la « prestation d'aujourd'hui »,
2. Les axes d'amélioration,
3. La prestation de santé de demain ?

Ce que les médecins ont mis positivement en exergue

1 Avant : l'attente de formation et des transmissions de qualités et la nécessité d'avoir des infirmiers qualifiés et « spécialisés diabète ».

Pendant : dans le cadre d'une hospitalisation de jour, d'obtenir des transmissions accrues, pour une meilleure efficacité. Dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, d'avoir la présence du prestataire pour un gain de temps patient et service.

Après : un suivi personnalisé avec des comptes rendus de qualité, la mise en sécurité du patient, environnement patient (PAI/LOGICIEL), et l'IF selon les centres, avec l'accompagnement de diététiciens, la réactivité, l'adaptabilité.

Suite



2 Les points qui pourraient être améliorés aujourd'hui, **en amont de la mise sous pompe** sont les suivants : la communication, l'information donnée sur le choix de la pompe, une formation adaptée, un manque de retour sur l'aspect psychologique du patient avant la mise sous pompe.

Pendant : la présence trop importante parfois du prestataire.

Après : le retard d'information/ de communication/ le téléchargement des données fait trop à distance de la consultation/ le manque d'adaptabilité/trop intrusif dans ETP au domicile

A l'avenir, les médecins envisagent une collaboration plus étroite avec l'infirmier prestataire.

3 **En amont de la mise sous pompe**, ce serait notamment grâce à des objectifs éducatifs commun, à plus de présence, une préparation technique de qualité, voire un programme ETP en commun avec le prestataire et le centre.

Pendant la mise sous pompe, ils imaginent que la délégation de tâche sera rendue possible, que la télémédecine favorisera la collaboration, que des messageries cryptées sécuriseront les données. Ils espèrent également qu'un protocole ambulatoire sera validé, que la mise sous pompe en hospitalisation de jour ou au cabinet sera aussi rendue possible, dans le cadre de cette collaboration.

Après la mise sous pompe : ils espèrent des comptes-rendus plus pertinents, l'adaptabilité des suivis, le déchargement des courbes, l'avenir de la prestation avec les closes loop, pas de délégation pour l'éducation des capteurs ni lecture de courbe à l'inverse de la médecine libérale qui souhaite déléguer à la prestation.

ATELIER : UTILISATION CGM / CAPTEURS / LECTURE COURBES / INDICATEURS

DOCTEUR JEAN-PHILIPPE LE BERRE
Clinique Mutualiste de Lyon



L'apparition en France et l'utilisation du capteur Freestyle mais également du G4 Platinum et du capteur Enlite asservi à la pompe 640G avec la fonction « stop hypo » a bouleversé la prise en charge des patients avec un diabète de type 1.

Cela a également amené la SFD en 2017 à prendre position pour catégoriser la glycémie en fonction de l'impact clinique. Ainsi la cible glycémique est définie comme étant entre 70-180 mg/dL. La glycémie est considérée comme haute entre 180-250 mg/dL, très haute entre 250 à 400 mg/dL, dangereusement haute si supérieure à 400 mg/dL.

La glycémie est basse entre 70-60 mg/dL, très basse entre 60-50 mg/dL, dangereusement basse si inférieure à 50 mg/dL.

Des paramètres sont retenus pour quantifier la variabilité glycémique, la déviation standard (SD), le coefficient de variation (CV) et le temps passé dans la cible (TIR ou Time In Range). Si la valeur de SD > 50% de la moyenne glycémique, cela traduit une variabilité excessive ; si la valeur de SD < 1/3 de la moyenne glycémique cela traduit une variabilité glycémique satisfaisante.

Si la CV < 36 %, cela traduit une bonne stabilité glycémique. Enfin l'objectif est de 60% du temps passé dans la cible (TIR), avec moins de 10 % passé sous 70 mg/dL.

La récupération des données peut être faite en consultation ou bien à l'aide de différents systèmes tels que Diasend, Libreview ...

En cas d'utilisation de pompe à insuline, il faudra être attentif à la recherche des bolus, parfois soit trop fréquents, parfois inexistant.

La télémédecine est très développée dans le diabète gestationnel avec un net avantage pour les patientes, cependant le temps passé par le praticien n'est pas valorisé.

Néanmoins, cette multitude de données ne saurait être interprétée que dans le contexte singulier de la consultation afin de préciser la survenue des événements hyper ou hypoglycémie (anniversaire, sport, invitations...) permettant d'éviter de les reproduire.

Enfin l'arrivée en France de la pompe 670 en boucle fermée va constituer un tournant de la prise en charge des patients avec un diabète de type 1.

La prochaine étape sera probablement le développement via l'intelligence artificielle, d'algorithmes de titration en insuline lente et rapide. Cela modifiera très certainement notre métier tel que nous l'exerçons actuellement mais le médecin diabétologue sera toujours présent dans la prise en charge et l'accompagnement de patients avec un diabète de type 1.

ATELIER :

ETP DE L'HÔPITAL AU DOMICILE

DOCTEUR SAID BEKKA

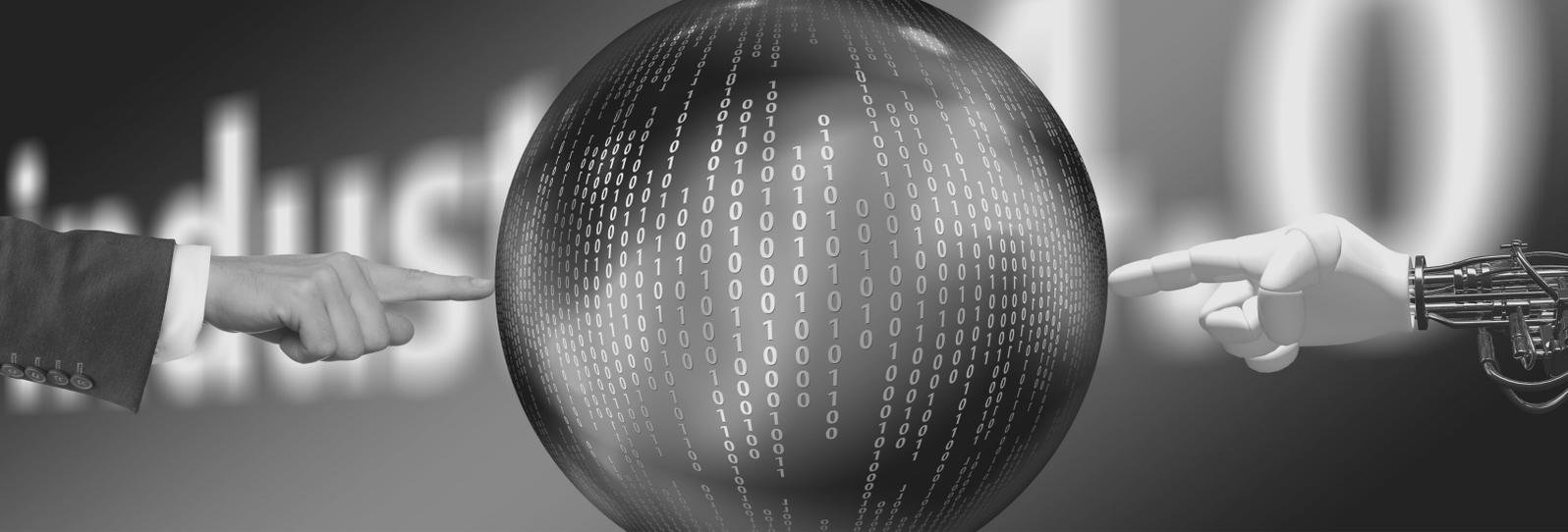
Institut de Diabétologie et Nutrition à Mainvilliers

L'ETP hors l'hôpital est un souhait des autorités de santé depuis de nombreuses années, mais dans la réalité, un vœu pieux car d'une part les professionnels de santé concernés ne sont ni prêts, ni organisés et d'autre part les moyens alloués restent insuffisants.

Il appartient donc aux Diabétologues hospitaliers et libéraux de former les intervenants et surtout d'exporter "hors les murs" l'ETP dans les structures qui s'organisent déjà (Maisons Médicales, SSR, Réseaux, Pharmacies...).

C'est donc à la spécialité de s'organiser pour assurer au mieux l'expertise à proposer aux patients diabétiques.





INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET SANTÉ

ISSAM IBNOUHSEIN

Société Quantmetry à Paris

L'intelligence artificielle (IA) est un champ plein de promesses, notamment pour les applications en santé.

Aide à la décision, systèmes commandés par la voix, accès distant et à grande échelle à de l'expertise médicale : certaines de ces applications sont déjà là, à portée de main, d'autres restent à développer. Ce qui est commun à toutes ces avancées, c'est la nécessaire contribution des médecins à la définition de ce que seront les usages de l'IA en santé.

Démystifier l'IA est simple : il suffit de comprendre les données utilisées, les transformations réalisées pour créer lesdites « features » d'un modèle, et les notions d'entraînement et de test. Les médecins se doivent donc d'ajouter ces techniques au panel de leurs connaissances, pour mieux orienter le travail des informaticiens, et ainsi créer une réelle valeur ajoutée pour les patients et la communauté médicale.



DOCTEUR YANN-MAËL LE DOUARIN
Conseiller médical télésanté - DGOS

LA E-SANTÉ COMPREND :

- Les réseaux régionaux et nationaux d'information pour la santé et les systèmes de dossier électronique distribués, y compris les systèmes d'information pour les professionnels de santé et les hôpitaux, les services en ligne tels que la prescription électronique, les bases de données, portails et les systèmes de promotion en ligne pour la santé.
- Les systèmes de télésanté et les services associés (téléconsultation, téléradiologie, télésurveillance...)
- Les outils spécialisés pour les professionnels de santé et les chercheurs (robotique et environnements avancés pour le diagnostic et la chirurgie, outils pour la simulation et la modélisation, grilles pour la santé, outils de formation).

QU'EST CE QUE LA TÉLÉMÉDECINE ?

- La télémédecine : mise en rapport d'un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.
- Le télésoin : mise en rapport d'un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code.
- 5 actes reconnus :
 - Téléconsultation
 - Téléexpertise
 - Télésurveillance médicale
 - Télé-assistance médicale
 - Régulation (centre 15)

Dans le cadre des décrets de compétence existants.

Activités définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de Santé.

Suite →

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE DROIT COMMUN

- SIGNATURE DE L'AVENANT 6 À LA CONVENTION MÉDICALE :

- Téléconsultation : depuis le 15 septembre 2018, pour l'ensemble des patients, conditionnée au respect du parcours de soins coordonné (hors spécialité d'accès direct) et à la connaissance préalable du patient par le téléconsultant (consultation en présentiel dans les 12 mois précédents sauf urgence ou absence de médecin traitant). Mêmes tarifs que pour les consultations en présentiel.
- Téléexpertise : depuis le 10 février pour les patients en ALD, atteints de maladie rare, détenus, ou en zones sous denses.
 - Téléexpertise de niveau 1 à 12€ (4/médecin/patient/an)
 - Téléexpertise de niveau 2 à 20€ (2/médecin/patient/an)

- SIGNATURE DE L'AVENANT N°15 À LA CONVENTION DES PHARMACIENS :

- Prise en charge de l'accompagnement de patients lors d'une téléconsultation (forfait de 1 225€ la 1ère année, 350€ les suivantes, et forfait pour le temps passé entre 200 et 400 € par an)

- SIGNATURE DE L'AVENANT N°6 À LA CONVENTION INFIRMIER :

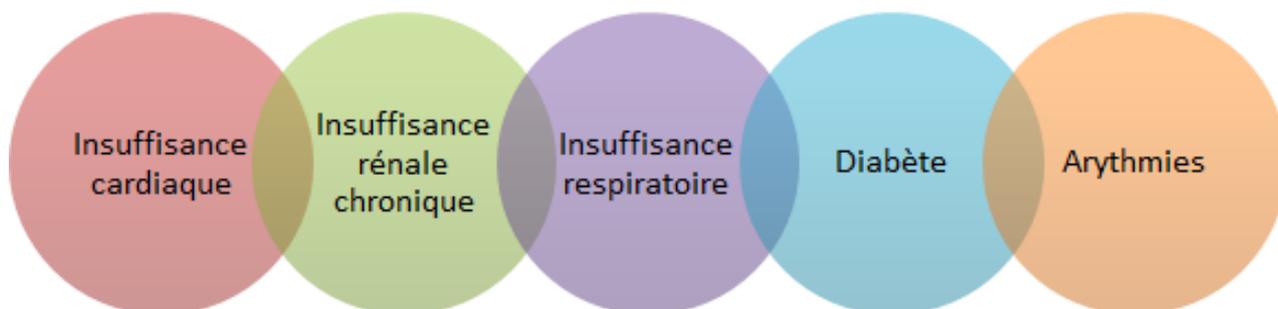
- Valorisé de 10 à 15 euros selon les situations + aide financière à l'équipement de vidéotransmission (350 euros par an,) ou en appareils médicaux connectés (175 euros par an) est mise en place.

Suite →

LE PROGRAMME ÉTAPES

- ÉTAPES REPOSE SUR 5 CAHIERS DES CHARGES THÉMATIQUES (TLS)

- Le périmètre en termes de population éligible
- Les critères techniques minimaux à mettre en oeuvre
- Les conditions de réalisation des actes
- Les tarifs appliqués
- Les conditions de facturation
- Le pilotage de l'expérimentation
- L'évaluation ainsi que les conditions de sa réalisation



- PROFILS DES PATIENTS ÉLIGIBLES À UN PROJET DE TÉLÉSURVEILLANCE :

- Diabétiques de type 1 âgés de plus de 12 ans et moins de 18 ans : présentant une HbA1c supérieure ou égale à 8,5% lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de 6 mois malgré une mise sous insuline de plus de 6 mois ou lors de la découverte (6 premiers mois) du diabète lorsqu'il existe un risque quant à l'automatisation du patient
- Diabétiques de type 1 âgés de 18 ans ou plus :
 - lors de sa découverte (6 premiers mois) du diabète lorsqu'il existe un risque quant à l'automatisation du patient;
 - ou lorsqu'il existe un déséquilibre avec une HbA1c supérieure ou égale à 8% lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de 6 mois malgré une mise sous insuline de plus de 6 mois
- Diabétiques de type 2 diagnostiqués depuis plus de 12 mois âgés de 18 ans ou plus chroniquement déséquilibrés, avec une HbA1c supérieure ou égale à 9% lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de 6 mois et traités sous insuline (à l'initiation lorsqu'il existe un risque de non automatisation, ou à distance de l'instauration).

Suite →

LE PROGRAMME ETAPES DIABÈTE

RÉMUNÉRATION

Diabète type 1 et diabète de type 2 avec schémas insuliniques complexes

		Médecin effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées	
Cas 1 Evolution des indicateurs	Type de rémunération				
	Rémunération forfaitaire fixe : versée Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	375€/semestre /patient	
Cas 2 Evolution des indicateurs	Type de rémunération				
	Rémunération forfaitaire fixe : versée en Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	375€/semestre /patient	
Quelle évolution des hospitalisations toutes causes (HTC) sur un an et des coûts totaux de santé (CTS) hors télémedecine entre les Années N-1 et N ? $(\%) = - \frac{[(\text{Coût total Année N}) - (\text{Coût total Année N-1})]}{(\text{Coût total Année N-1})}$	Reduction des HTC > 15% ou reduction des CTS > 16% par rapport à l'année N-1	Prime variable : versée en Année N+1 par la CNAM	$15\% \times \frac{[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]}{\text{Divisé par le nombre de médecins effectuant la télésurveillance et le nombre de patients télésurveillés}}$	$5\% \times \frac{[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]}{\text{Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique et le nombre de patients télésurveillés}}$	$30\% \times \frac{[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]}{\text{Divisé par le nombre de patients appareillés par ce fournisseur}}$

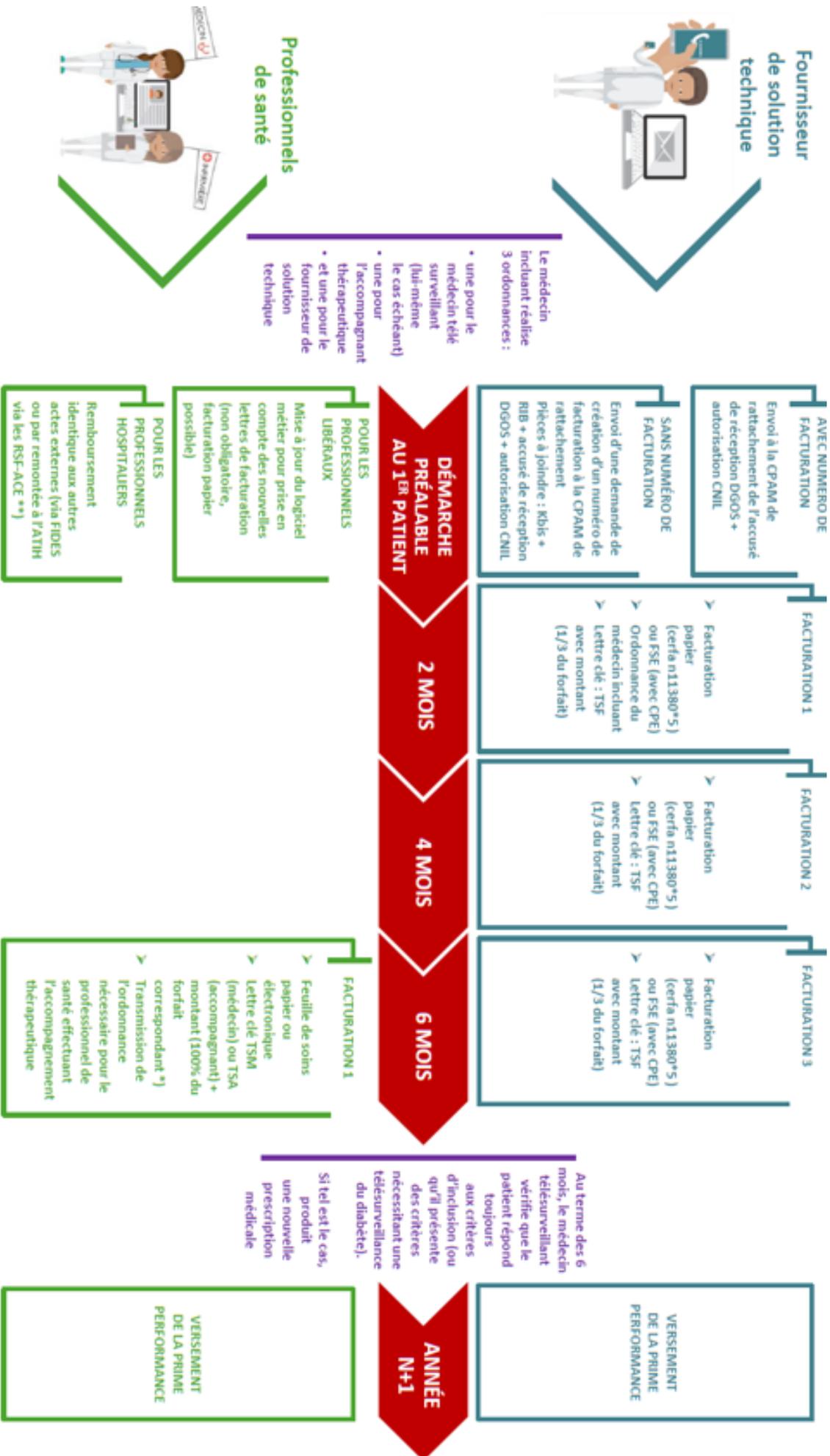
Diabète type 2 avec mono injection d'insuline

		Médecin effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées	
Cas 1 Evolution des indicateurs	Type de rémunération				
	Rémunération forfaitaire fixe : versée Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient	
Cas 2 Evolution des indicateurs	Type de rémunération				
	Rémunération forfaitaire fixe : versée en Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient	
Quelle évolution des hospitalisations toutes causes (HTC) sur un an et des coûts totaux de santé (CTS) hors télémedecine entre les Années N-1 et N ? $(\%) = - \frac{[(\text{Coût total Année N}) - (\text{Coût total Année N-1})]}{(\text{Coût total Année N-1})}$	Reduction des HTC > 15% ou reduction des CTS > 16% par rapport à l'année N-1	Prime variable : versée en Année N+1 par la CNAM	$15\% \times \frac{[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]}{\text{Divisé par le nombre de médecins effectuant la télésurveillance et le nombre de patients télésurveillés}}$	$5\% \times \frac{[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]}{\text{Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique et le nombre de patients télésurveillés}}$	$30\% \times \frac{[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]}{\text{Divisé par le nombre de patients appareillés par ce fournisseur}}$



LE PROGRAMME ETAPES DIABÈTE

SCHÉMA DE FACTURATION



CONCLUSION

NHC et ISIS DIABETE ont eu le plaisir de vous accueillir pour cette deuxième édition des « Assises de Diabétologie et de Nutrition Françaises ».

Nous tenions à remercier nos intervenants pour la qualité des contenus scientifiques et des échanges.

Nous tenions également à remercier nos deux modérateurs, Professeur Germain et Professeur Pinget qui ont contribué à la réussite de ces 2ème Assises.

Par ailleurs, nous remercions les deux partenaires Medtronic et Ypsomed qui étaient présents, pour répondre à toutes vos questions.

Enfin, nous vous remercions de votre participation active, lors de débats stimulants sur ce que sera la Diabétologie demain.

