ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
www.aphp.fr

Intitulé du protocole :

« Adaptation des doses d'insuline des patients atteints de diabète de type 1, de type 2 ou de diabète gestationnel par une IDE en consultation hospitalière et/ou en télésurveillance et/ou en téléconsultation en lieu et place du médecin ou de l'IPA »

Coordonnées équipe promotrice (nom, service, DMU, site GHU) : Cochin, service de diabétologie et immunologie clinique, Groupe Hospitalier Paris Centre

Demande de modification le : 3 août 2023

Présentation des modifications au Copil du : 19 octobre 2023

Autorisé le :

Merci d'adresser votre protocole à la *Task-force* PCL : aphp-coordination.pcl@aphp.fr

<table>
<tr><td colspan="3">

Projet de protocole local de coopération inter professionnelle APHP

Fondé sur les **exigences de qualité et de sécurité** des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après **s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits** dans le protocole

- *Respecter les recommandations de bonnes pratiques HAS*
- *Définir la nouvelle modalité d'intervention et les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant, par exemple :*
  - *Pour un examen clinique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou encore définir la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
  - *Pour une consultation de suivi : décider de son opportunité, détecter et interpréter des signes cliniques, décider des orientations du patient, poser l'indication d'un examen à réaliser, réaliser une prescription, adapter un traitement ou le renouveler ?*
  - *Pour un acte technique : poser son indication, le réaliser, l'interpréter ou décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?*
- *Les critères d'éligibilité et de retrait des patients, la qualification des professionnels et les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire en rapport avec les actes et activités délégués*
- *Définir le processus de prise en charge des patients : modalités d'inclusion, étapes d'intervention des professionnels de santé, modalités de transmission des informations à l'ensemble des intervenants concernés, situations justifiant la réorientation du patient vers le délégant*
- *Définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé*
- *Déterminer les conditions d'organisation de l'équipe : disponibilité du/des délégants, gestion des risques*
- *Déclarer les professionnels de santé de leur engagement dans la démarche de coopération*

</td><td>Indexation des annexes Attention certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra</td></tr>
<tr><td>I</td><td>1. Intitulé du protocole</td><td>Adaptation des doses d'insuline des patients atteints de diabète de type 1, de type 2 ou de diabète gestationnel par une IDE en consultation hospitalière et/ou en télésurveillance et/ou en téléconsultation en lieu et place du médecin ou de l'IPA</td><td></td></tr>
</table>

II	**2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre**	<u>Objectifs de mise en œuvre (répondant à un besoin de santé identifié) :</u> Permettre aux patients diabétiques : - d'éviter d'être hospitalisés ou de raccourcir la durée des hospitalisations grâce à la mise en route et/ou l'adaptation de l'insuline débutée et poursuivie en ambulatoire par l'IDE ; - pour les autres patients non concernés par le protocole, d'accéder plus rapidement à une consultation médicale grâce à du temps médical libéré via les consultations infirmières en lieu et place des médecins ; - d'obtenir une mise en route ou un ajustement de ses doses d'insuline plus rapidement grâce à la prise en charge par les IDE ; - d'avoir la possibilité d'être rendu autonome dans la gestion de l'insuline, même en cas de difficultés de compréhension, considérant les compétences des IDE en éducation thérapeutique. Cette prise en charge permet en particulier d'accompagner au mieux les patients parlant difficilement le français, et permet ainsi de les rendre autonomes ; - d'éviter le recours prolongé ou définitif à une IDE à domicile, grâce à l'autonomie acquise par les patients par ce suivi rapproché et personnalisé par des IDE formées à l'éducation thérapeutique, visant à la fois à rendre le traitement efficace et à rendre le patient autonome ; - favoriser la prise en charge de patients à faible niveau socio- économique ou d'origine étrangère, pour la plupart, adressés par des médecins généralistes. <u>Pour le délégant</u> : - Libération de temps médical afin de mieux absorber la file active des patients et de prendre en charge les patients plus « complexes ». <u>Pour le délégué</u> : - Prendre plus de responsabilités et enrichir sa pratique professionnelle ; - Uniformiser les pratiques ; - Valoriser son travail. Optimisation des dépenses de santé : - la mise sous insuline et le suivi pour adapter les doses d'insuline nécessitent des consultations rapprochées et longues. Le nombre de médecins spécialistes dans les services hospitaliers ou de médecins généralistes ou spécialistes en ville est insuffisant pour les assurer. De ce fait, le recours à l'hospitalisation pour ces patients est fréquent, en particulier sur demande des médecins généralistes, alors qu'il pourrait être évité. Ou bien, des hospitalisations dans des services non spécialisés sont prolongées à cause d'un diabète déséquilibré. Le but du protocole est de développer l'insulinothérapie en ambulatoire ; - actuellement, le recours à une IDE au domicile du patient est une solution pour raccourcir ou éviter les hospitalisations, mais	

		les IDE n'ont pas le droit de prendre l'initiative de modifier des doses d'insuline. Le but du protocole est que les IDE formées puissent gérer l'insulinothérapie en consultation et favoriser l'autonomie des patients. Des IDE bien formées à la diabétologie et à l'éducation thérapeutique peuvent assurer ces consultations et permettre ainsi : 1) aux médecins d'avoir plus de disponibilité pour recevoir en consultation de nouveaux patients ; 2) d'éviter l'hospitalisation ou de raccourcir l'hospitalisation ; 3) de rendre les patients autonomes dans la gestion de leur traitement et du matériel spécifique (pompes à insuline par exemple) afin d'éviter le recours définitif à une IDE à domicile. A quels besoins en termes de santé publique répond ce protocole : - le diabète est devenu en 2010 l'affection de longue durée (ALD) la plus importante en France : elle touche 2.9 millions de patients dont 92% sont des diabétiques de type 2. Sa prévalence progresse, passant de 2.6% en 2000 à 4.4% en 2009. Les personnes les plus concernées en France sont celles des milieux socio-économiques faibles, les patients vivant en outre-mer et en métropole dans les régions du nord et de l'est et les personnes originaires du Maghreb ; - la prévalence en Ile-de-France est de 4.2 % (Val de Marne 3.7% ; Seine Saint-Denis 4.5%). - des recommandations HAS pour la prise en charge du diabète de type 2 (DT2) définissent les bonnes pratiques. Les médecins généralistes sont en première ligne pour la prise en charge, mais ce sont les hôpitaux publics ou/et les établissements à but non lucratif qui assument majoritairement le rôle de prise en charge de 2ème ligne, en particulier de la mise sous insuline. 20% des patients diabétiques sont sous insuline. De plus en plus de patients DT2 ont recours à l'insuline (entre 2007-2010), en raison de l'augmentation de la prévalence et de l'allongement de l'espérance de vie. Le pourcentage de patients DT2 qui ont été hospitalisés pour mise à l'insuline en 2008 est de 23% en Ile-de-France (contre 12% dans d'autres régions) (source CNAMTS 2011) ; -la prévalence du diabète gestationnel est de 2 à 6% des grossesses au niveau national. Les populations à risque sont les mêmes que celles du DT2. Sources : Médecines des Maladies Métaboliques 2010 ; 4(2) : 212 ; Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2008 ; 43 : 409 ; http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette_diabete.pdf), rapport IGAS RM2012-033P. Interpréter des résultats de glycémies capillaires faites par le patient.	**Annexe n° 1**

		Adapter les doses d'insuline rapide et lente du patient afin d'obtenir les objectifs glycémiques fixés par le délégant, y compris pour les pompes à insuline sous cutanées. <u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole</u> : Il s'agit de patients ayant déjà fait l'apprentissage de l'auto-surveillance glycémique : 1. de patientes présentant un diabète gestationnel ; 2. de patients diabétiques de type 2 (DT2) avec un traitement maximal par voie orale, et un diabète mal équilibré (HbA1c au-dessus de l'objectif recommandé ou hypoglycémies à répétition c'est à dire > 2 par semaine) nécessitant la mise sous insuline ou l'optimisation des doses d'insuline ; 3. de patients diabétiques de type 1 (DT1) de découverte récente venant d'initier une insulinothérapie, ou de diabétiques de type 1 mal équilibrés nécessitant une optimisation des doses d'insuline. 4. Patientes présentant un diabète gestationnel ou pré gestationnel <u>Professionnels concernés</u> Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des **délégants** : - Médecin spécialisé en endocrinologie et des maladies métaboliques - Infirmier en Pratique Avancée, mention pathologies chroniques stabilisées, titulaire d'un DIU de diabétologie et ayant une expérience dans un service spécialisé de 2 ans Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des **délégués** : - <u>Infirmièr(e) Diplomé(e) d'Etat.</u> <u>Etablissement / structure de mise en œuvre :</u> Le protocole a vocation à être mis en œuvre dans des locaux de consultation : 1) <u>Pour ce qui concerne le diabète gestationnel</u> : 2) <u>Pour ce qui concerne le diabète de type 2</u> : 3) <u>Pour ce qui concerne le diabète de type 1</u> : <u>Les locaux de consultation doivent disposer</u> - D'une pièce ou d'un espace isolé permettant une consultation individuelle ; - Le matériel pour l'éducation thérapeutique : lecteur de glycémie, matériel d'injection ; stylo test ; pompes à insuline de démonstration, etc ; - Le matériel permettant de pouvoir recueillir des indicateurs et le suivi du patient (système informatique) ; un téléphone	

		permettant de contacter un médecin délégant (ou son remplaçant) dans les 12 heures pour les critères d'alerte. Il n'est pas nécessaire de disposer d'un matériel d'urgence. Une présence médicale sur le lieu même de la consultation n'est pas obligatoire. La structure dispose d'au moins deux diabétologues certifiés. Il est nécessaire de disposer des compétences, de pouvoir remplir un tableau de suivi d'indicateurs, de pouvoir contacter dans les 12 heures le délégant, d'avoir une traçabilité des décisions du délégué, des doses d'insuline et des glycémies, dans un document consultable par le médecin (dossier partagé ou carnet du patient contenant les recommandations du délégué). Ajout du matériel nécessaire à la mise en œuvre de la téléconsultation, via une plateforme sécurisée et conforme à la règlementation liée à la transmission des données de santé	
III	**3. Critères d'inclusion des patients** *(définir précisément tous les critères)*	Critères d'inclusion Critère 1 : patients atteints de diabète de type 2, déjà suivis par un endocrino- diabétologue, nécessitant l'instauration de l'insuline ou une adaptation de leur insulinothérapie, y compris les patients porteurs d'une pompe à insuline sous-cutanée ; Critère 2 : patients adressés à un endocrino-diabétologue par un médecin généraliste pour une mise sous insuline ; Critère 3 : patients hospitalisés adressés à un diabétologue pour une mise sous insuline ou une adaptation de l'insulinothérapie, y compris les patients porteurs d'une pompe à insuline sous-cutanée ; Critère 4 : patientes atteintes de diabète gestationnel nécessitant l'instauration de l'insuline. Critère 5 : patients diabétiques de type 1, déjà suivis par un endocrino- diabétologue, chez qui vient d'être initiée une insulinothérapie dans le cadre de la découverte du diabète ou mal équilibrés malgré une insulinothérapie optimisée, y compris sous pompe à insuline sous- cutanée Critère 6 : Patientes présentant un diabète gestationnel ou pré gestationnel	**Annexe n° 4 :** Critères d'inclusion
	***4.* Critères de non-inclusion des patients** (*ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)*	Critères de non-inclusion Critère 1 : enfants (mineurs) ; Critère 2 : patients refusant le protocole. Critère 3 : personnes diagnostiquées par le médecin, comme fragiles ou dépendantes ne pouvant assurer ses soins seules	

	5. Organisation de l'inclusion et m**odalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection[1] si inclus)**	<u>Décrire à quel moment, comment et par qui s'effectue l'inclusion :</u> C'est le délégant en charge du patient qui explique oralement au patient qu'un suivi conjoint avec une IDE peut être organisé pour la gestion de son insulinothérapie, dans le cadre d'un protocole de coopération. Il lui explique ce qu'est un protocole de coopération et les actes dérogatoires dont le délégué va s'occuper. Il lui remet la feuille d'information. Le patient est libre d'accepter ou non le protocole. Si le patient est d'accord, il recueille sa signature. La feuille de consentement signée est mise dans le dossier patient. Sa prise en charge est alors organisée dans le cadre du protocole de coopération. <u>Modalités d'information et de recueil du consentement</u> X Oral Consentement oral tracé dans le dossier informatisé du patient <u>Modalités de retour au délégant en cas de non inclusion</u> : En cas de désaccord, le patient est pris en charge par le médecin de façon habituelle. Le refus d'entrer dans le protocole de coopération est noté dans le dossier patient. Le médecin traitant est informé par le délégant. Si le patient accepte, il est reçu par le délégué, qui lui rappelle les conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération.	**Annexe n° 5 :** Informatio n patient
IV	**6. Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole** incluant à partir de l'inclusion **toutes les étapes** de prise en charge y compris les motifs de réorientation vers le délégant		

[1] Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

	7. **Liste de toutes les dérogations envisagées** : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. **Cochez la nature des documentations à faire figurer en annexe, en sélectionnant celles qui sont pertinentes à l'exercice des dérogations.** ● Pour chaque dérogation, arbre décisionnel pour guider la prise de décision du délégué ● Et le cas échéant - Grille d'entretien pour le recueil d'informations - Ordonnance type pour une prescription de médicament - Tableau des normes attendues… *Nb: les **dérogations peuvent porter** sur la réalisation **d'examens cliniques ou complémentaires, la prescription d'examens ou de traitements**, sans*	Interpréter des résultats de glycémies capillaires faites par le patient. Adapter les doses d'insuline rapide et lente du patient afin d'obtenir les objectifs glycémiques fixés par le délégant, y compris pour les pompes à insuline sous cutanées.	**Annexes n° 1 et 2**

	oublier celles relatives aux ***entretiens avec les patients et aux examens cliniques hors compétences des délégués.***		
V	**8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégants et délégués.**	<u>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués</u> Le délégué note soit dans le dossier partagé, soit dans un document remis au patient, dont elle garde un double, à chaque fois qu'elle voit le patient, les doses d'insuline qu'elle préconise. Le dossier est partagé entre IDE délégué (e) et délégant et tout autre professionnel impliqué dans le suivi du patient à l'hôpital. Elle apprend au patient (ou à un proche si nécessaire) comment noter ses glycémies et ses doses d'insuline dans un carnet de suivi. Le patient doit amener au délégant ce carnet et le document où figurent les doses préconisées par le délégué, sauf si ces doses figurent dans un dossier partagé. <u>Dossier utilisé : informatique avec ORBIS</u> <u>Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels : oui</u>	
	9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins *Prioriser un cadre sécurisé de transmission*	Le dossier médical contenant ces informations est archivé selon les procédures habituelles. Les informations concernant le suivi du patient sont transmises au médecin traitant par courrier par le délégant au moment où le patient rentre dans le protocole, au moment où le patient termine le protocole, en cas d'évènement indésirable, et à tout moment jugé opportun par le délégant.	
	5.	<u>Compétences à acquérir par le délégué :</u> 1) savoir interpréter et analyser des glycémies capillaires. Cette compétence sera acquise en assistant en compagnonnage aux consultations avec l'endocrino-diabétologue : quels objectifs glycémiques et quelle HbA1c en fonction du contexte (patient âgé, diabète gestationnel), comment sont régulées les glycémies à jeun et postprandiales ; 2) savoir diagnostiquer et traiter une décompensation cétosique chez le diabétique de type 1. Cette compétence sera acquise lors du compagnonnage en consultation, et lors du suivi de programmes d'éducation thérapeutique sur le DT1 3) être capable de citer la fonction et la cinétique des différents types d'insuline. Cette compétence sera acquise avec l'endocrino- diabétologue en consultation ;	

		4) dépister et savoir signaler tout EI lié au traitement par insuline. Cette compétence sera acquise lors du compagnonnage des consultations IDE et endocrino-diabétologue ; 5) maitriser l'utilisation de la pompe à insuline et de ses accessoires ; 6) savoir adapter les doses d'insuline en fonction des résultats obtenus sur la glycémie capillaire. Cette compétence sera acquise lors du doublon des consultations IDE et endocrino-diabétologue "rythme et technique d'augmentation ou de diminution des doses de l'insuline rapide et de l'insuline lente, en fonction des résultats glycémiques et des malaises hypoglycémiques Cette connaissance sera acquise : a) en assistant à des ateliers et/ou consultations dont les thèmes doivent être : * pour la prise en charge du DT1 : « insulinothérapie optimisée chez le diabétique de type 1 », « autosurveillance glycémique classique et apport et utilisation du Free Style Libre », « insulinothérapie fonctionnelle », « conduite à tenir en cas d'hypo ou d'hyperglycémie (=/- décompensation cétosique », « les pompes à insuline, gestion des anomalies et dysfonctionnements » ; * pour la prise en charge du DT2 : "diététique et diabète de type 2", "l'auto-contrôle glycémique dans le diabète de type 2", "équilibre et traitement du diabète de type 2" * pour la prise en charge du diabète gestationnel : "diététique et diabète gestationnel", "enjeu de l'équilibre du diabète gestationnel", "auto-contrôle glycémique et diabète gestationnel" b) en discussion-analyse des consultations conjointes avec l'endocrino- diabétologue qui aura les objectifs pédagogiques du délégué en formation. <u>Formation théorique</u> -Nombre d'heures : 40h - les connaissances approfondies sur le DT1, le DT2 et le diabète gestationnel sont acquises par la formation initiale et l'expérience minimale nécessaire d'au moins une année dans un service ou une unité hospitalière de diabétologie. - formation approfondie sur les thérapeutiques (antidiabétiques oraux et insulines), sur les pompes à insuline (indications, modèles, utilisations). Par ailleurs, le délégant évalue ces connaissances, à la fin de la formation et avant la mise en œuvre du protocole - la formation est complétée par une formation en éducation thérapeutique d'au moins 40 h entre autres sur le thème "concevoir et animer une séance individuelle d'éducation thérapeutique" (Cf. formation initiale) <u>Formation pratique</u>	

		-Nombre d'heures : 56h - assister à au moins 10 ateliers d'éducation thérapeutique sur le diabète en général (10h) et participer à 6 heures d'ateliers et/ou consultations diététiques (hors dérogation mais nécessaire à la prise en charge) ; - assister à une consultation de suivi avec le délégant pendant 30h pour le DT1 et le DT2, et 10h pour le DG ; - lors de ces consultations avoir vu des patients répondant aux critères du protocole ; - lors de ces consultations, avoir été formé par l'endocrino-diabétologue à l'acquisition de toutes les compétences énumérées ci- dessus. <u>Expérience minimale requise :</u> Expérience minimale d'au moins un an dans un service ou une unité de diabétologie. <u>Evaluation de la formation :</u> - elle est effectuée à mi-parcours par le passage d'un examen à base de cas cliniques concrets, pour vérifier les compétences acquises et préciser les objectifs non acquis à compléter ; - une évaluation finale vérifie l'acquisition des connaissances et de l'ensemble des compétences nécessaires par un examen à base de questions théoriques et de cas concrets (cas cliniques à rédiger par le délégant). Cette évaluation sera validée par le médecin ayant assuré la formation. Des formations complémentaires pourront être réalisées si elles s'avéraient nécessaires au vu des résultats lors des évaluations des pratiques. <u>La formation nécessaire à l'acquisition des compétences est de :</u> - formation théorique : 40 h - formation pratique : 40 h de participation à des consultations médicales	**Annexe n° 6**
		<u>Modalités de maintien des compétences et de formation continue</u> 1) la gestion d'au moins 2 patients par semaine ; 2) la participation aux réunions d'analyse de pratique avec une discussion collective de cas au moins 4 fois par an.	
VII	**11. Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant**	<u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la **disponibilité d'un nombre suffisant de délégants** :</u> - le délégant prend connaissance des actes réalisés par le délégué lorsqu'il revoit le patient dans un délai qu'il a lui-même fixé, sauf en cas d'alerte par le délégué (voir critères d'alerte). - le délégant revoit dans un délai fixé par lui pour des raisons médicales le patient en consultation avec son carnet de glycémies contenant un document avec les	

		doses d'insuline préconisées par le délégué (sauf en cas de dossier partagé où figurent les doses d'insuline) - des réunions sont organisées entre délégué(e)s et délégants à la mise en place du protocole. Elles ont lieu tous les 15 jours pendant les 3 premiers mois. Elles permettent de : mettre à plat les difficultés rencontrées dans l'organisation, vérifier le recueil des indicateurs, vérifier la réalisation correcte des actes par les délégués ; de vérifier les connaissances du délégué ; de proposer des formations complémentaires en tant que de besoin - le délégant lors de sa consultation avec le patient a accès aux données soit dans le dossier partagé soit dans le carnet du patient qui contient un document avec les doses préconisées par le délégué, en l'absence de dossier partagé. - une réunion d'analyse de pratiques avec un médecin délégant et les délégués a lieu au moins 4 fois par an (après le premier trimestre). Lors de ces réunions, les dossiers considérés comme complexes sont revus, ainsi que toute difficulté rencontrée par les délégué(e)s et délégants.	
		<u>Critères d'alerte par le délégué au délégant pour supervision ou réorientation, en précisant les délais de prise en charge :</u> 1) situations où le délégué doit prévenir le délégant ou, en son absence un autre médecin présent ou le médecin traitant, de visu ou par téléphone (semi-urgence car ces situations ne mettent pas en danger le patient, mais nécessitent une réévaluation médicale de la situation) pour obtenir une conduite à tenir dans un délai de 3 jours : - si les chiffres glycémiques du patient sont le double de ce qu'ils étaient à la précédente consultation (déséquilibre aggravé du diabète) ; - si la fréquence hebdomadaire des malaises hypoglycémiques (glycémie < 0.7g/l) augmente au lieu de diminuer ; - si le délégué estime que le patient n'est pas apte à suivre les recommandations d'adaptation des doses d'insuline ; La présence d'au moins deux diabétologues certifiés pouvant répondre permet d'améliorer la continuité des soins, en cas de besoin. 2) situations où le délégué doit prévenir dans les 12 heures un médecin délégant ou, en son absence, un autre médecin présent ou le médecin traitant : - si le patient suivi a fait une hypoglycémie sévère, c'est-à-dire ayant nécessité le recours à une tierce personne pour être resucré ; - si le patient suivi a fait une décompensation cétosique (si décompensation cétosique en cours,	

		prévenir en direct le médecin délégant, ou en son absence, un autre médecin présent) 3) Si hypoglycémie sévère avec convulsion ou/et coma lors de la consultation, appel d'urgence cf protocole local de l'hôpital et prévenir secondairement le délégant Le patient et/ou son entourage a la possibilité de joindre le délégué, ou le délégant en cas d'absence de ce dernier, pour demander des précisions ou des informations. Critères d'arrêt du protocole : - l'HbA1c moyenne de tous les patients inclus dans le protocole, est moins bonne à la fin de l'intervention du délégué qu'avant l'entrée dans le protocole - en cas d'hypoglycémie sévère chez plus de 10% des patients. Le médecin traitant est, dans tous les cas, informé des décisions prises concernant le patient.	
VIII	12. **Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques**.	<u>Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié :</u> <u>Réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délégués *(fréquence, composition …)*</u>	
	***13.* Gestion des évènements indésirables** *(prioriser une organisation d'équipe)*	<u>Modalités de recueil des évènements indésirables</u> Les indicateurs et les EI doivent être recueillis par le délégué sur un système informatique, et imprimés pour être montrés au délégant lors des rencontres obligatoires. Evènements indésirables recueillis : - persistance d'un diabète mal équilibré, c'est-à-dire de glycémies au- dessus des objectifs fixés par le délégant, parce que le délégué n'adapterait pas correctement les doses ; - risque d'apparition ou d'augmentation des malaises hypoglycémiques (glycémie < 0.7g/l) parce que le délégué adapterait mal les doses ; - risque d'apparition d'une hypoglycémie sévère parce que le délégué aurait trop augmenté les doses. - risque d'apparition d'une décompensation cétosique chez un DT1 parce que le délégué adapterait mal les doses Evènements indésirables faisant l'objet d'un recueil systématique : - recueil systématique des hypoglycémies sévères sur le tableau de suivi des indicateurs. - recueil systématique des épisodes cétosiques chez les DT1 Recueil des EI :	**Annexe n°3**

		Le délégué recueille les EI, les signale au délégant et les intègre dans le tableau de suivi. Ces EI sont systématiquement analysés lors des rencontres obligatoires. Il prévient dans les 12 heures, le délégant si le patient suivi a fait une hypoglycémie sévère, c'est-à-dire ayant nécessité le recours à une tierce personne pour être resucré, ou une décompensation cétosique chez le diabétique de type 1 Si le patient est présent, le délégant contrôle les doses d'insuline préconisées par le délégué. Si le patient n'est pas présent, le délégant prend le patient en charge et décide éventuellement d'une hospitalisation. Prévention des évènements indésirables : - formation théorique et pratique des délégués ; - vérification de la qualité des actes des délégués lorsque les délégants revoient le patient avec son dossier ; - réunion d'analyse des pratiques et de formation continue (travail sur des cas concrets et évaluation des connaissances et compétences du délégué) ; - rencontre hebdomadaire entre le délégant et le délégué à la demande du délégué ou du délégant ; - pendant les 3 premiers mois, revue de dossiers au hasard, lors de la rencontre tous les 15 jours avec les délégués ; - critères relatifs à la qualité des soins, suivis dans la prise en charge du patient : o évolution de l'HbA1c avant l'entrée dans le protocole et à la fin du suivi du patient par le délégué (voir fin du protocole) ; o nombre d'hypoglycémies sévères par patient ; o évolution du nombre de malaises hypoglycémiques hebdomadaires entre le début et la fin de la prise en charge par le délégué ; o niveau des glycémies capillaires post-prandiales et à jeun des diabètes gestationnels ; o nombre d'épisodes de cétose pour les DT1.	
IX	**14. Indicateurs de suivi (seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont <u>obligatoires</u>). Préciser les valeurs attendues et celles qui peuvent provoquer la suspension ou l'arrêt du protocole**	<u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole</u>* : Taux d'adhésion au protocole : Nombre de patients éligibles sur une année / Nombre de patients pris en charge au titre du protocole :	**Annexe n°7**
		<u>Taux de reprise par le délégant *:</u> Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/Nombre d'actes réalisés par le délégué	
		<u>Taux d'EI déclarés* :</u> Nombre d'événements indésirables déclarés*/nombre d'actes réalisés par le délégué <u>Nombre d'EIG déclarés* </u>(suspension ou arrêt du protocole si >0) :	
		<u>Taux de satisfaction des patients (optionnel) :</u>	

	***Nb** : un **événement indésirable associé aux soins (EIAS)** est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.* *Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)*	Nombre de patients ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de patients inclus ayant répondu au questionnaire :	
		<u>Taux de satisfaction des professionnels de santé* :</u> Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire / Nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire :	
		<u>Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :</u>	
X	**15. Références bibliographiques** *(recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires)*	- *HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013. En cours de révision* - *Prise de position de la SFD sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiants dans le diabète de type 2. Médecine des maladies Métaboliques - décembre 2021* - *JORF télésurveillance dans le diabète insulinotraité prégestationnel ou gestationnel (Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale)* - *Thivolet C et al. Télésurveillance et diabète. Prise de position de la SFD, en collaboration avec : SFEDP/CNPEDN/FFD/AJD. Med Mal Metab. 2021* - *Ces 2 annexes Issues du protocole de coopération interprofessionnel « Adaptation des ratios insuline prandiale/* - *Glucides par le diététicien, chez les patients atteints de diabète de type 1 traités par des schémas complexes d'insuline », autorisé par le DG de l'APHP le 22 06 23* - *Éducation à l'utilisation pratique et à l'interprétation de la Mesure Continue du Glucose : position d'experts français. Médecine des maladies Métaboliques, MmM Hors-série N°1 Vol.11, Juin 2017.* - *Mise en place de l'insulinothérapie automatisée en boucle fermée : position d'experts française* - *Référentiel SFD, SFD Paramédical, SFE, SFEDP, AJD, FFD, FENAREDIAM, CNPEDN. MmM Septembre 2020*	

Annexe 1 :

PROTOCOLE D'ADAPTATION
DES DOSES D'INSULINE BASALE

EN ASSOCIATION AUX ANTIDIABETIQUES ORAUX

Madame, Monsieur,

Vous avez une injection d'insuline en association à votre traitement antidiabétique habituel par comprimés.

La dose d'insuline à votre sortie est de Ul

Cette dose est à adapter en fonction de votre glycémie capillaire (dextro) du matin au réveil
(votre objectif glycémique du réveil est compris entre et g/l)

- En cas d' hypoglycémie (quel qu'en soit l'horaire), ou de glycémie au réveil inférieure à g/l :
  ⇒ Diminuer de unités la dose d'insuline **dès l'injection suivante**.

- Si la glycémie le matin au réveil est supérieure à g/l **trois jours de suite** :
  ⇒ Augmenter de unités votre dose d'insuline
  (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé).

PROTOCOLE D'ADAPTATION DES DOSES D'INSULINE BASALE EN ASSOCIATION AUX ANTIDIABETIQUES ORAUX

Madame, Monsieur,

Vous avez une injection d'insuline , en association à votre traitement antidiabétique habituel par comprimés.

La dose d'insuline à votre sortie est de Ul.

Cette dose est à adapter selon les résultats de votre glycémie capillaire (dextro) au réveil (votre objectif glycémique au réveil est compris entre et g/l)

- En cas d'hypoglycémie pendant la nuit ou si la glycémie au réveil est inférieure à g/l :

⇒ Diminuer de unités la dose d'insuline du soir dès l'injection suivante.

- Si la glycémie le matin au réveil est supérieure à g/l trois jours de suite :

⇒ Augmenter de unités la dose d'insuline du soir (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

En cas d'hypoglycémie dans la journée, diminuez votre traitement par :

-

et retournez voir rapidement votre médecin traitant pour qu'il réajuste le dosage de vos médicaments.

*

PROTOCOLE D'ADAPTATION DES DOSES D'INSULINE : SCHEMA A 2 INJECTIONS AVEC DES MELANGES

INSULINE DU MATIN :

Elle s'adapte selon les résultats glycémiques du midi.

L'objectif pour les glycémies du midi est compris entre : et g/l

* Si les glycémies avant le déjeuner sont inférieures à g/l, ou s'il y a une hypoglycémie dans la journée
  ⇒ diminuer dès le lendemain matin l'insuline de UI.

* Si les glycémies avant déjeuner sont supérieures à g/l 3 jours de suite
  ⇒ augmenter l'insuline du matin de UI (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

INSULINE DU SOIR :

Elle s'adapte selon les résultats glycémiques au réveil.

L'objectif pour les glycémies au réveil est compris entre : et g/l

- Si les glycémies au réveil sont inférieures à g/l, ou s'il y a une hypoglycémie dans la nuit :
  ⇒ diminuer dès l'injection suivante l'insuline du soir de UI.

- Si les glycémies au réveil sont supérieures à g/l 3 jours de suite :
  ⇒ augmenter l'insuline du soir de UI (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

PROTOCOLE D'ADAPTATION DES DOSES D'INSULINE : SCHEMA A 3 INJECTIONS

INSULINE DU MATIN :

La dose s'adapte en fonction des glycémies du midi.

L'objectif pour les glycémies du midi est compris entre et g/l

* Si les glycémies avant le déjeuner sont inférieures à g/L
ou en cas d'hypoglycémie dans la matinée :
⇒ diminuer dès le lendemain l'insuline du matin de UI.

* Si les glycémies avant déjeuner sont supérieures à g/l
3 jours de suite
⇒ augmenter l'insuline du matin de UI (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

INSULINE DU MIDI :

La dose s'adapte en fonction des glycémies avant diner.

L'objectif pour les glycémies avant diner est compris entre et g/l

* Si les glycémies avant diner sont inférieures à g/l
OU s'il y a une hypoglycémie dans l'après midi
⇒ diminuer dès le lendemain la dose d'insuline du midi de UI

* Si les glycémies avant diner sont supérieures à g/l
3 jours de suite
⇒ augmenter la dose d'insuline du midi de UI
(et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

INSULINE DU SOIR :

La dose s'adapte en fonction des glycémies du réveil.

L'objectif pour les glycémies au réveil est compris entre et g/l

- Si les glycémies au réveil sont inférieures à g/l ou s'il y a une hypoglycémie dans la nuit
⇒ diminuer dès l'injection suivante l'insuline du soir de UI.

- Si les glycémies au réveil sont supérieures à g/l 3 jours de suite
⇒ augmenter l'insuline du soir de UI
(et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

PROTOCOLE D'ADAPTATION DES DOSES D'INSULINE : SCHEMA BASAL/BOLUS

ADAPTATION DE L'INSULINE BASALE :

- Les doses se règlent en fonction des glycémies à distance des repas, et donc principalement sur la glycémie capillaire au réveil (à condition d'avoir démarré la nuit avec une glycémie post prandiale du soir dans les objectifs)

- L'objectif au réveil est compris entre et g/l

- Si la glycémie au réveil est inférieure à g/l, (alors que la glycémie post prandiale du soir est normale ou élevée)
  OU en cas d'hypoglycémie nocturne survenant plus de 3 heures après le diner
  ⇒ diminuer dès l'injection suivante l'insuline basale de UI

- Si la glycémie au réveil est supérieure à g/l 3 jours de suite
  (alors que la glycémie post prandiale du soir est normale ou basse) :
  ⇒ augmenter la dose d'insuline basale de UI
  (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

ADAPTATION DE L'INSULINE ULTRARAPIDE

- Les doses d'insuline ultrarapide (qui varient selon les glycémies avant repas : voir tableau) se règlent en fonction des glycémies post-prandiales.
- L'objectif pour les glycémies post-prandiales est compris entre et g/l

- Si les glycémies post-prandiales d'un repas (petit-déjeuner, déjeuner, diner) sont inférieures à g/l,
  OU si une hypoglycémie survient moins de trois heures après l'injection :
  ⇒ diminuer dès le lendemain toute la colonne d'insuline ultrarapide du repas concerné de UI

- Si les glycémies post-prandiales d'un repas sont supérieures à g/l, 3 jours de suite :
  ⇒ augmenter toute la colonne d'insuline ultrarapide du repas concerné de UI (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

PROTOCOLE D'ADAPTATION DES DOSES D'INSULINE : SCHEMA BASAL/BOLUS

ADAPTATION DE L'INSULINE BASALE :

- Les doses se règlent sur les glycémies à distance des repas, et donc principalement sur la glycémie capillaire au réveil (à condition d'avoir démarré la nuit avec une glycémie post prandiale du soir dans les objectifs)

- L'objectif au réveil est compris entre et g/l

- Si la glycémie au réveil est inférieure à g/l, (alors que la glycémie post prandiale du soir est normale ou élevée)

  OU en cas d'hypoglycémie nocturne survenant plus de 3 heures après le diner

  ⇒ diminuer dès l'injection suivante la LANTUS de UI

- Si la glycémie au réveil est supérieure à g/l 3 jours de suite (alors que la glycémie post prandiale du soir est normale ou basse) :

  ⇒ augmenter la dose de l'insuline basale de UI (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

ADAPTATION DE L'ANALOGUE RAPIDE :

- Les doses d'insuline ultrarapide (qui varient selon les glycémies avant repas : voir tableau) se règlent sur les glycémies post-prandiales.

- L'objectif glycémique pour les glycémies post-prandiales est compris entre et g/l

- Si les glycémies post-prandiales d'un repas (petit-déjeuner, déjeuner, diner) sont inférieures à g/l, ou si une hypoglycémie survient moins de trois heures après l'injection :

  ⇒ diminuer dès le lendemain toute la colonne d'insuline ultrarapide du repas concerné de UI/portion

- Si les glycémies post-prandiales d'un repas sont supérieures à g/l, 3 jours de suite :

  ⇒ augmenter toute la colonne d'insuline ultrarapide du repas concerné de UI/portion (et poursuivre l'augmentation si nécessaire tous les 3 jours jusqu'à atteindre l'objectif fixé)

POMPE A INSULINE SOUS CUTANEE

Adaptation des débits et des bolus

OBJECTIF GLYCEMIQUES :

A jeun : g/l - Post prandial : g/l

Adaptation du débit de base : se fait sur la glycémie réalisée à la fin de la tranche horaire : par exemple, le débit de 8h-12h s'adapte sur la glycémie de 12h.

- Si glycémie inférieure à .....g/l : diminuer la dose de ..... UI/h
- Si glycémie supérieure à .....g/l : augmenter la dose de .....UI/h
- Si glycémie inférieure à 0.7g/l : arrêter la pompe pendant une demi-heure, contrôler la glycémie **et reprendre l'infusion si la glycémie est supérieure à 1.2g.**

Re-sucrer si symptomatique ou si <0.5g/l

Adaptation des bolus de repas : sur les glycémies post prandiales.

- Si glycémie inférieure à .....g/l : diminuer le bolus .....unité/portion.
- Si glycémie supérieure à .....g/l : augmenter le bolus de ..... unité/portion

Tranches horaires				

Bolus prandiaux : U/P matin U/P midi et U/P soir

Correctif : 1UI d'insuline baisse de la glycémie

Annexe 2 : Protocole personnalisé rédigé par le médecin

NOM : PRENOM : Tel :

Patient Diabétique de Type …….

	Petit déjeuner	Déjeuner	Diner	Coucher
Insuline Rapide Nom de l'Insuline :				
Insuline Lente Nom de l'Insuline :				

Traitement anti diabétique oral :

-
-

Il est recommandé au patient de réaliser…..... mesures d'auto surveillance par jour avec l'appareil :……..

Objectifs Glycémiques:

- Glycémie à jeun le matin Entre et g/l
- Glycémie avant repas midi Entre et g/l
- Glycémie avant repas du soir Entre et g/l
- Glycémies post prandiales Entre et g/l
- HbA1c ≤ % **ou** Entre et %

Problèmes particuliers qui demandent à être approfondis :

- Lecture gamme d'insuline rapide : ☐
- Adaptation des doses d'insuline lente : ☐
- Adaptation des doses d'insuline rapide : ☐
- Vérification techniques d'injection et d'utilisation lecteur glycémie : ☐
- Vérification Technique utilisation pompe insuline : ☐
- Education sur l'hypoglycémie ☐
- Apprentissage technique injection insuline ☐
- Apprentissage auto-surveillance glycémique
- Education sur la conduite à tenir en cas de décompensation cétosique
- Autres :

Nom Médecin : **Date :**

Annexe 2 bis : Protocole d'adaptation des doses d'insuline prandiales via le ratio insuline/quantité de glucides

PROTOCOLE D'ADAPTATION DES DOSES D'INSULINE VIA LE RATIO INSULINE RAPIDE/G DE GLUCIDES
(insulinothérapie fonctionnelle)

Madame, Monsieur,

Vos besoins en insuline sont différents à chaque repas. Vos doses ont été déterminées par le médecin et calculées en fonction de vos apports en glucides à un moment donné. Ceci a permis de calculer d'un ratio d'insuline rapide pour 10g de glucides ou nombre de glucides par unité d'insuline rapide, pour le petit déjeuner, déjeuner et diner. On rapporte donc ce ratio **X unités d'insuline/10g de glucides** pour faciliter le calcul au moment de la prise alimentaire ou encore **Xg de glucides/unité d'insuline** pour paramétrer l'assistant bolus dans la programmation de pompes à insuline (qui pourra ainsi calculer le bolus pour le repas).

Les ratios déterminés à un moment donné peuvent varier si vos conditions de vie, d'activité physique ont changé ou si votre poids a varié.

Le diététicien peut vous aider à le réadapter : Le ratio calculé sera ensuite vérifié sur 3 jours, grâce à la surveillance des glycémies capillaires ou interstitielles (glycémies obtenues avec un capteur glycémique sur la peau). Les valeurs glycémiques vont être comparées à une enquête alimentaire précise (moment de la journée, portion des aliments glucidiques).

Si le delta glycémique entre le post prandial (après le repas) et le pré prandial (avant le repas) est inférieur à 0.5-0.6g/l, la dose d'insuline rapide était donc suffisante pour couvrir la montée de glycémie de ce repas et donc le ratio est correct et validé.

Par contre, si le delta glycémique entre le post prandial et le pré prandial est supérieur à 0.5-0,6g/l, le ratio qui avait été déterminé initialement par le délégant ou par le délégué après la première consultation n'est pas suffisant. Ce ratio sera donc **augmenté de 10% pour le ratio X unités d'insuline/10g de glucides** ou **diminué de 10% pour le ratio Xg de glucides/unité d'insuline**.

Si à l'inverse, la glycémie après le repas est inférieure à celle d'avant le repas, le ratio est trop important. Ainsi il sera **diminué de 10% pour le ratio X unité d'insuline/10g de glucides** ou **augmenté de 10% pour le ratio Xg de glucides/unité** d'insuline et réévalué à la prochaine consultation.

Annexe 2 bis : Exemple de transmissions délégant/délégué sous capteur de glycémies

Transmissions délégant/délégué

En vue d'un protocole de coopération d'Adaptation des doses d'insuline prandiale par le diététicien chez les patients atteints de diabète de type 1, dans le cadre de l'insulinothérapie fonctionnelle

Date : *automatique*

Cher ami,

M/Mme……..né(e)……NIP…… a un diabète de type 1 depuis …..ans.

Il est actuellement traité par :

☐ **Injection** : insuline basale ……UI et insuline ultrarapide …… à chaque repas.

Ou

☐ **Pompe à insuline :……** basale ……U/h

bolus de ……UI au petit-déjeuner, ……UI midi et ……UI au diner

☐ **Sous boucle fermée** :……..

Nous commençons à adapter les doses sur les principes de l'insulinothérapie fonctionnelle.

Les ratios définis lors de notre consultation sont :

Petit déj : …….. UI/10g de G ou ……g de glucides/UI tranche horaire si pompe :……

Déjeuner : ……UI/10g de G ou……g de glucides/UI tranche horaire si pompe :……..

Gouter : ……UI/10g de G ou……g de glucides/UI tranche horaire si pompe :……..

Diner : ……..UI/10g de G ou……g de glucides/UI tranche horaire si pompe :……..

La sensibilité du patient est de :…….. UI/font baisser la glycémie d'1g/l

Lors de la consultation, voici **les derniers relevés** de sa surveillance glycémique:

TIR : % glycémie moyenne :

HbA1C : % variabilité :

TUR > 1,80g/l : % TBR < 0,70g/l : %

TUR > 2,50g/l : % TBR < 0,50g/l : %

M/Mme viendra te voir en consultation avec un journal alimentaire sur 5 jours. Il va noter les quantités de glucides et les doses d'insuline qu'il a faites à chaque repas.

Merci de l'aider à l'évaluation des glucides et à l'ajustement de ses ratios pour les repas.

Cordialement.

Signature automatique

Annexe 3 : Tableau de suivi d'indicateurs

Nom de l'IDE	Nom patient	Prénom patient	Date de demande du délégant	Date 1er RDV	HbA1c à T0	Nb d'hypo sévère dans le dernier mois à T0	hypo sévère pendant le suivi O/N	Date hypo sévère	date délégant prévenu hypo sévère	Nb décomp cétosi ques	Date Décomp cétosi ques	date délégant prévenu décompensation cétosique	date dernie rdv

Annexe 4

CRITERES DE SELECTION DES PATIENTS
POUR LE PROTOCOLE DE COOPERATION

Patients ayant déjà la formation de l'auto surveillance glycémique

Diabète de type 1
-ayant un diabète de découverte récente et venant d'être mis à l'insuline, ou une HbA1c au-dessus des recommandations malgré une insulinothérapie optimisée

-pouvant à priori réaliser seul au domicile ses glycémies et ses injections d'insuline
-donc pouvant être rendu autonome

Diabète de type 2
-ayant une HbA1c au-dessus des recommandations
-malgré un traitement maximum par les autres médicaments non contre-indiqués
-relevant donc d'un traitement par insuline
-pouvant à priori réaliser seul au domicile ses glycémies et ses injections d'insuline
-donc pouvant être rendu autonome

Diabète gestationnel
-ayant des glycémies à jeun ou post-prandiale au-dessus des recommandations
-et un traitement diététique maximal
-relevant donc d'un traitement par insuline
-pouvant à priori réaliser seule au domicile ses glycémies et ses injections d'insuline
-donc pouvant être rendue autonome

Annexe 5

INFORMATION DU PATIENT SUR LE PROTOCOLE DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE DU SERVICE DE DIABETOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER DE
……..

« Consultation infirmière de suivi des patients atteints de diabète, avec interprétation des résultats glycémiques et adaptation des doses d'insuline en lieu et place du médecin »

Madame, Monsieur

Vous présentez un diabète et le médecin du service qui vous a reçu en consultation ou en hospitalisation a estimé que vous nécessitiez un traitement par insuline, ou si vous l'avez déjà, que celui-ci soit intensifié.

Des infirmières diplômées d'Etat de notre service ont été formées pour vous apprendre à faire vos injections d'insuline, à faire vos glycémies, et à adapter vos doses d'insuline, afin que votre diabète soit équilibré sans faire de malaise hypoglycémique.

Ces infirmières peuvent vous recevoir plus rapidement que les médecins en consultation, vous voir plus fréquemment, et prendre plus de temps avec vous en consultation que les médecins. C'est pourquoi, dans le cadre de la coopération, nous vous proposons que ce soit l'une d'entre elle qui vous suive pour la gestion de votre traitement par insuline. Vous reverrez de toute façon en consultation le médecin qui vous suit dans un délai qu'il vous proposera.

En cas de difficultés (si vos glycémies restent trop hautes ou au contraire trop basses), votre infirmière préviendra votre médecin du service afin qu'il vous voit plus ou moins

rapidement en fonction du degré d'urgence de la situation. Ces situations d'urgence ont toutes été envisagées et les infirmières connaissent les démarches à suivre pour qu'un médecin du service intervienne auprès de vous. En cas d'urgence, un médecin du service est toujours présent pour vous voir immédiatement.

Vous êtes libres d'accepter ce mode de prise en charge. Si vous l'acceptez, vous pouvez à tout moment demander à l'infirmière de revoir votre médecin.

Si vous ne le souhaitez pas, le médecin qui vous l'a proposé décidera si il faut vous hospitaliser pour la gestion de votre traitement par insuline, ou vous donnera un rendez vous en consultation avec lui.

Annexe 6

Note d'information aux patients et à leurs familles
Protocole de coopération

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Votre prise en charge par
s'inscrit dans le cadre d'une coopération entre professionnels de santé – médecins et infirmièr(e)s.

Le médecin qui vous suit vous a donc proposé d'être aussi suivi par une infirmière qui, si nécessaire, vous indiquera quelles doses d'insuline faire.

Ces protocoles de coopération sont autorisés par le code de la santé publique (articles L 4011-1, L 4011-2, L 4011-3) qui a prévu leur évaluation et leur autorisation par les autorités de santé compétentes.

L'Agence Régionale de Santé ainsi que la direction du groupe hospitalier ont donné leur accord pour la mise en place de ce protocole.

Un exemplaire du protocole est consultable à votre demande et peut vous être expliqué.

L'équipe médicale ou le médecin reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je soussigné(e) : _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Ayant la qualité de :

- ☐ Patient majeur
- ☐ Représentant légal du patient mineur
- ☐ Autre personne proche du patient (patient hors d'état d'exprimer sa volonté)

- déclare avoir reçu une information claire sur ce protocole, délivrée au cours d'un entretien individuel.
- Déclare être informé que le présent document sera conservé dans le dossier médical.

Le patient (ou son représentant) a formulé des observations : OUI ☐ NON ☐

Observations éventuelles du patient :

Le patient a en particulier formulé un refus de bénéficier de cette prise en charge dans le cadre du protocole : il a été informé qu'il fera l'objet d'une prise en charge hors protocole.

Fait à : _____

Le:_____ Signature manuscrite de l'intéressé(e)

Nom et qualité de la personne qui a informé le patient au nom de l'équipe : ……

Annexe 6

Questionnaire d'évaluation des connaissances et des compétences du délégué après la formation requise pour ce protocole de coopération

1. Citer les noms et la durée d'action des différents types d'insuline actuellement sur le marché.
2. Citer les signes de l'hypoglycémie modérée
3. Citer les signes de l'hypoglycémie sévère
4. Décrivez la conduite à tenir à enseigner à un patient qui présente une hypoglycémie modérée sous insuline qui survient dans la rue
5. Dans quelles circonstances doit-on injecter du glucagon ?
6. Décrivez le raisonnement à suivre pour améliorer une hyperglycémie du réveil chez un patient ayant une insuline rapide au diner et une insuline lente au coucher
7. Décrivez le raisonnement à suivre pour améliorer une hyperglycémie survenant avant le repas de midi chez un patient ayant une insuline rapide avant chaque repas
8. Décrivez le raisonnement à suivre pour diminuer le risque d'hypoglycémie chez un patient ayant une insuline rapide au diner et une insuline lente au coucher, et qui présente une glycémie trop basse au réveil.
9. Décrivez le raisonnement à suivre pour éviter une hypoglycémie survenant avant le repas de midi chez un patient ayant une insuline rapide avant chaque repas et qui présente une glycémie trop basse à midi
10. Citer 4 aliments courants qui font monter la glycémie
11. A quel moment risque de survenir une hypoglycémie chez un patient qui jardine entre 10h00 et midi, et qui est traité par insuline avant chaque repas.
12. Décrivez la conduite à tenir chez un patient DT1 présentant une glycémie à 3 g/l et 2 croix d'acétone à l'occasion d'une angine, ou si il est porteur d'une pompe à insuline

Annexe 7

Indicateurs

Type de patients concernés :

Il s'agit de patients ayant déjà fait l'apprentissage de l'auto-surveillance glycémique:

1. de patients diabétiques de type 1
-ayant un diabète de découverte récente et venant d'être mis à l'insuline, ou une HbA1c au-dessus des recommandations malgré une insulinothérapie optimisée par injections ou pompe sous cutanée à insuline

2. de patients diabétiques de type 2 (DT2) avec un traitement maximal par voie orale, et un diabète mal équilibré (HbA1c au-dessus de l'objectif recommandé ou hypoglycémies à répétition c'est à dire > 2 par semaine) nécessitant la mise sous insuline ou l'optimisation des doses d'insuline, y compris avec une pompe sous-cutanée d'insuline

2. de patientes présentant un diabète gestationnel

Critères d'inclusion (Cf. Annexe n°2) :

- patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2, déjà suivis par un endocrino-diabétologue, nécessitant l'instauration de l'insuline ou une adaptation de leur insulinothérapie, y compris avec une pompe à insuline sous-cutanée ;
- patients adressés à un endocrino-diabétologue par un médecin généraliste pour une mise sous insuline ;
- patients hospitalisés adressés à un diabétologue pour une mise sous insuline ou une adaptation de l'insulinothérapie, y compris avec une pompe à insuline sous-cutanée ;

- patientes atteintes de diabète gestationnel nécessitant l'instauration de l'insuline.

1) Indicateurs d'activité

Ces taux peuvent être stratifiés pour les trois sous-populations de patients éligibles (DT1, DT2 et patientes avec diabète gestationnel)

Indicateur n° 1.1

Libellé de l'indicateur	Taux d'inclusion au protocole sur une période donnée
Objectif	A évaluer Objectif des promoteurs : 10 % de l'activité Seuil d'alerte < 5 %
Numérateur	Nombre de patients éligibles inclus dans le protocole

Dénominateur	Nombre de patients éligibles au protocole

Indicateur n° 1.2

Libellé de l'indicateur	Taux de refus de protocole sur une période donnée
Objectif	A évaluer, tendre vers 0 %
Numérateur	Nombre de patients éligibles ayant refusé le protocole

Dénominateur	Nombre de patients éligibles au protocole

Indicateur n° 1.3

Libellé de l'indicateur	Taux de sortie de protocole sur une période donnée
Objectif	A évaluer, tendre vers 0 %
Numérateur	Nombre de patients inclus puis sortis en cours de protocole (hors patients décédés de cause non liée à la mise sous insuline, fin de protocole, perte de l'aptitude à suivre les recommandations d'adaptation des doses d'insuline non liée à la qualité de la prise en charge) Critères de sortie de protocole : diabète aggravé ou plus d'un malaise hebdomadaire
Dénominateur	Nombre de patients inclus au protocole

Indicateur n° 1.4

Libellé de l'indicateur	File active de patients par délégué
Nbre de consultations dans le cadre du protocole de coopération	30/mois (Pitié) 10/mois (Bligny)
Population concernée par le protocole de coopération	Diabète type 1, de type 2 et diabète gestationnel
Objectif à atteindre	10 %
Définition de l'indicateur	Nombre d'actes réalisés par les délégués/activité totale (délégués+délégants)
Modalités de recueil des données	Agenda Web (Pitié) Système DXPLANING
Numérateur	Nombre d'actes réalisés par les délégués
Dénominateur	Activité totale (délégués + délégants)
Périodicité	Annuelle

Seuil d'alerte	Moins de 5%
Recommandation	Entre 5 et 10 %

2) Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Processus/Organisation

Indicateur n° 2.1

Libellé de l'indicateur	Délai médian entre la demande de RDV et la 1ère consultation sur une période donnée
Objectif	- < 3 semaines pour les DT1 ou les DT2 - < 15 jours pour les patientes avec diabète gestationnel Seuil d'alerte : < 90 % des patients éligibles ayant un RDV dans les délais définis
Numérateur A stratifier	Délai médian en jours entre la demande de suivi spécialisé et la 1ère consultation pour les patients éligibles au protocole - délai en jours pour les patients DT1 ou DT2 inclus dans le protocole - délai en jours pour les patients DT1 ou DT2 éligibles pris en charge hors protocole - délai en jours pour les patientes avec diabète gestationnel éligibles inclues dans le protocole - délai en jours pour les patientes avec diabète gestationnel éligibles prises en charge hors protocole
Dénominateur	Sans objet

Indicateur n°2.2

Libellé de l'indicateur	Taux d'alertes justifiées sur une période donnée
Objectif	≥ 80 %
Numérateur A évaluer par le délégant	Nombre d'alertes du délégant par le délégué conformes aux critères d'alerte suivants : - hypoglycémie sévère définie par le besoin d'une tierce personne pour re-sucrage oral - déséquilibre aggravé du diabète (résultats glycémiques deux fois supérieurs à l'objectif fixé par le délégant) - plus d'un malaise hypoglycémique hebdomadaire chez les DT2 - augmentation du nombre de malaises hypoglycémiques hebdomadaires chez les DT1 - apparition d'une décompensation cétosique chez les DT1 - estimation par le délégué que le patient n'est pas apte à suivre les recommandations d'adaptation des doses d'insuline
Dénominateur	Nombre de patients inclus dans le protocole

Satisfaction

Indicateur n°2.3

Libellé de l'indicateur	Taux de patients inclus satisfaits
Objectif	A évaluer, tendre vers 100 %
Numérateur	Nombre de patients inclus déclarant être satisfaits ou très satisfaits du protocole
Dénominateur	Nombre de patients inclus ayant répondu à l'enquête de satisfaction

2) Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Satisfaction

Indicateur n°2.4

Libellé de l'indicateur	Taux de délégants satisfaits du protocole
Objectif	A évaluer, tendre vers 100 %
Numérateur	Nombre de délégants déclarant être satisfaits ou très satisfaits du protocole
Dénominateur	Nombre de délégants participant au protocole

2) Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Satisfaction

Indicateur n°2.5

Libellé de l'indicateur	Taux de délégués satisfaits du protocole
Objectif	A évaluer, tendre vers 100 %
Numérateur	Nombre de délégués déclarant être satisfaits ou très satisfaits du protocole
Dénominateur	Nombre de délégués participant au protocole

3) Résultats à évaluer à un an de suivi

Indicateur n°3.1

Libellé de l'indicateur	Délai moyen à l'atteinte des objectifs glycémiques
Objectif	A évaluer, tendre vers 100 %
Numérateur A stratifier	Délai moyen en jours entre la 1ère consultation et l'atteinte des objectifs glycémiques adaptés aux patient(e)s définis par le délégant - pour les DT2 inclus - pour les DT2 éligibles suivis hors protocole - pour les DT1 inclus - pour les DT1 éligibles suivis hors protocole - pour les patientes avec diabète gestationnel incluses - pour les patientes avec diabète gestationnel éligibles suivies hors protocole Si l'HBA1c est retenue comme objectif glycémique, elle sera évaluée au début de la prise en charge et comparée à celle mesurée 3 mois après la normalisation de la glycémie Cf. encadré pour les objectifs glycémiques recommandés
Dénominateur	Sans objet

Indicateur n°3.2

Libellé de l'indicateur	Taux moyen d'évènements indésirables
Objectif	Seuil d'alerte > 1 % Seuil d'alerte pour les hypoglycémies sévères telles que définies : 5 % selon les promoteurs
Numérateur A stratifier	Nombre d'évènements indésirables de la liste suivante : - diabète mal équilibré persistant malgré le traitement insulinique - hypoglycémies sévères ayant nécessité un re-sucrage par un tiers - plus d'un malaise hypoglycémique hebdomadaire chez les DT2 - augmentation du nombre de malaises hypoglycémiques hebdomadaires chez les DT1 - apparition d'une décompensation cétosique chez les DT1 Nombre d'évènements indésirables graves
Dénominateur A stratifier	Nombre de patients éligibles - DT2 inclus - DT2 suivis hors protocole - DT1 inclus - DT1 suivis hors protocole - patientes avec diabète gestationnel incluses - patientes avec diabète gestationnel suivies hors protocole

Recommandations

L'objectif glycémique étant individualisé en fonction du profil des patients, il peut donc évoluer au cours du temps.

- *Pour la plupart des patients diabétiques de type 2, une cible d'HbA1c ≤ 7 % est recommandée. Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est > 7 %.*
- *Plusieurs caractéristiques doivent être prises en compte au cours de la prise en charge des personnes âgées : altération de la fonction rénale, polymédication, risque élevé d'hypoglycémie et conséquences plus délétères de l'hypoglycémie, risque de dénutrition. Tolérer un écart de l'objectif de 0,5 en valeur absolue de l'HBa1c avec une surveillance de la glycémie. La surveillance accrue de la glycémie et le recours éventuel à l'insuline sont recommandés en cas de situation à risque de déséquilibre du diabète (par exemple un épisode infectieux).*

Tableau de correspondance entre glycémies et HbA1c, proposé par le groupe de travail selon les pratiques usuelles en France

Cible d'HbA1c	Glycémies préprandiales moyennes (g/L)	Glycémies postprandiales moyennes (g/L)	Moyennes glycémiques estimées (g/L)
< 6 %	< 1	< 1,40	1,26
7 %	< 1,20-1,30	< 1,80	1,54
8 %	< 1,60	< 2,10	1,82
9 %	< 1,80	< 2,40	2,11

HAS-ANSM. Recommandation de bonne pratique – Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics_diabete_type_2.pdf

- *Diabète gestationnel : L'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques (grade A). Le schéma d'insulinothérapie sera adapté en fonction des profils glycémiques. L'autosurveillance glycémique (ASG) permet de surveiller les patientes, d'indiquer l'insulinothérapie (grade C) et d'en adapter les doses. Elle est recommandée entre 4 et 6 fois par jour et poursuivie jusque dans le post-partum immédiat. Dans l'état actuel des connaissances, l'objectif actuellement validé est d'obtenir une glycémie à jeun inférieure à 0,95 g/l (grade A). Seuil conseillé d'1,20 g/l à deux heures (grade A).*

CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Le diabète gestationnel. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39: suppl. 2 au n°8 *http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf*

Annexe 9

PROTOCOLE DE CONDUITE A TENIR EN CAS D'HYPOGLYCEMIE		

Objet : Conduite à tenir devant une hypoglycémie

Définition de l'hypoglycémie : l'hypoglycémie est la diminution du taux de glucose dans le sang en dessous de 0,70 grammes par litre.

Hypoglycémie sévère : patient présentant une hypoglycémie ne pouvant se resucrer par lui – même, convulsion, coma

Signes évocateurs de l'hypoglycémie :

- Pâleur
- Sueurs
- Tremblements
- Sensation de faim intense
- Palpitations
- Fatigue
- Propos incohérents
- Agressivité, trouble du comportement
- Agitation
- Bizarrerie, euphorie, jovialité
- Confusion

Conduite à tenir devant une hypoglycémie

- En cas de signes évocateurs, s'asseoir et se sucrer. Si possible, faire ensuite une glycémie capillaire. Attendre que les symptomes aient disparus pour reprendre une activité.

Traitement :

- Un verre de jus de fruit ou 3 sachets de sucre ou 3 c à café de confiture ou de miel
- Si possible contrôle 10 à 15 minutes plus tard de la glycémie capillaire. Si glycémie <0,7g/l, reprendre la même quantité de sucre.
- Si la glycémie persiste <0,7g/l ou si la symptomatologie récidive ou persiste prévenir un médecin

Pour l'entourage, si le patient ne peut pas se sucrer lui-même :

- S'il est conscient : lui proposer du sucre et suivre la même démarche que ci-dessus
- S'il ne peut pas prendre le sucre par la bouche, appeler le 15
- Prévenir de l'incident dès que possible le médecin en appelant au

<u>Annexe 10</u> : Prescription d'insuline

Date :

NOM DU DELEGANT

Rapide : Humalog Novorapid Apidra

glycémie	petit déjeuner	déjeuner	16h	dîner	coucher	3h
moins de 1,00						
Entre 1,00 et 1,50						
Entre 1,50 et 2,00						
Entre 2,00 et 2,50						
Entre 2,50 et 3,00						
plus de 3,00						

Lente :

Date :

Annexe 8

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge	**2) Identification des risques**	**3) Causes associées**	**4) Solutions à mettre en place**
Décrivez précisément les étapes de la prise en charge concernées par le protocole de coopération ***(Qui fait quoi, où, quand et comment ?)*** ***Intégrer les interfaces avec la prise en charge amont (ex : prise de rendez-vous par une secrétaire… orientation du patient par un médecin) et aval (ex : transmission des informations au médecin traitant …)*** ***Dans tous les cas, expliciter les critères sur lesquels le délégant fonde ses décisions et joindre, le cas échéant, les protocoles thérapeutiques ou les arbres dé décision.***	**Quels sont les risques qui peuvent survenir à chacune de ces étapes ? Quelles peuvent en être les conséquences pour le patient (évènements indésirables) ?**	**Quelles sont les causes de ces risques ?** ***Différentes causes méritent d'être recherchées systématiquement :*** ***-patient*** ***-tâches*** ***-professionnels*** ***-équipe*** ***-environnement*** ***-matériel, équipement*** ***-management*** ***-institutionnel***	**Quelles solutions prévoyez-vous pour prévenir la survenue des risques identifiés et/ou les prendre en charge s'ils surviennent ?** ***Certains aspects du protocole nécessitent une attention particulière :*** · ***Les modalités de continuité et de permanence des soins.*** · ***Les critères qui déclenchent l'intervention du délégant*** · ***Les modalités d'intervention du délégant*** · ***Les critères qui permettent d'identifier une situation d'urgence*** · ***La conduite à tenir en cas d'urgence.*** · ***Les évènements indésirables à signaler systématiquement*** · ***Les critères provoquant l'arrêt du PC*** · ***Les solutions alternatives proposées en cas d'exclusion d'un patient du PC***

1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
Etape 1 : Les patients susceptibles de rentrer dans le protocole sont recrutés en consultation ou en hospitalisation, adressé par leur médecin généraliste, ou l'endocrino-diabétologue.	Aucun lié au protocole		
Etape 2 : Le délégant rencontre le patient au moment de la consultation, ou en hospitalisation de jour ou en hospitalisation conventionnelle	Aucun lié au protocole		
Etape 3 : Il vérifie si le patient a les critères pour entrer dans le protocole (Cf Annexe 4). Il informe le patient oralement et lui remet la feuille d'information (Cf Annexe 5). Si le patient est d'accord, il lui propose de signer le consentement (Cf Annexe 6) qui est archivé dans le dossier médical.	Aucun lié au protocole		
Etape 4 : Le délégant remet alors au patient : 1) une prescription qui comporte la nature de l'insuline à débuter ou à poursuivre - 2) une lettre pour le délégué, qui comporte les objectifs glycémiques du patient, le nom et la dose initiale des insulines prescrites (Cf Annexe 2) ou le type de pompe à insuline à montrer - 3) une prescription pour l'HbA1c 4) le délai pour prendre un rendez-vous avec le délégant et le délégué	Aucun lié au protocole		

1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
Etape 5 : Le patient prend 2 rendez-vous Pour les patientes ayant un diabète gestationnel, le 1er rendez vous est toujours à moins de 15 jours, et les patientes sont suivies tous les 15 jours soit par le délégant soit par le délégué. Pour les patients ayant un DT2, le 1er rendez vous est à moins de 3 semaines. Pour les patients ayant un DT1, le 1er RDV est à moins de 3 semaines			
Etape 6 : A la première consultation ou rencontre avec le délégué, le patient vient avec l'insuline prescrite par le médecin et qu'il a acheté en pharmacie, son lecteur de glycémie, (sa pompe à insuline s'il en est porteur) ainsi qu'avec la lettre du médecin (Cf. Annexe 2). S'il est hospitalisé, cette insuline et le lecteur sont prescrits par l'hôpital. Le délégué vérifie ou enseigne les compétences sur la manipulation d'un stylo à insuline, l'utilisation du lecteur de glycémie, l'utilisation de la pompe à insuline, comment on reconnaît un malaise hypoglycémique, comment on se resucre (Cf. Annexe 9), où l'on note ses glycémies sur le carnet ou autre support, comment on recherche une cétonémie ou une cétonurie. Cette	- Risques liés au patient : ○ Rendez-vous manqué par le patient ○ Oubli d'apporter l'insuline ○ Oubli de compléter les résultats ○ Ne parle pas français ○ Présente un handicap (cécité, surdité...) ○ Cliniques : Déséquilibres glycémiques, conséquences sur foetus - Risques liés au professionnel : ○ Choix de mauvaise insuline ○ Erreur d'adaptation	Causes liées au patient : Ecriture illisible Causes liées au pharmacien Causes liées au professionnel	Action sur patient : - rappel du RDV : SMS, lettre de relance - rappel avant consultation d'apporter l'insuline et le lecteur (la pompe s'il en est porteur) Alerte au délégant Ordonnance lisible par le pharmacien Matériel de consultation : disposer d'un stylo test Si besoin : - demande d'un aidant ; - rapprocher les consultations (augmenter le rythme de consultation). Traduire les documents dans les langues les plus courantes. Formation du délégué.

activité d'éducation fait partie des fonctions de l'IDE et n'est pas l'objet de ce protocole. Les actes relevant de ce protocole sont : le délégué interprète les glycémies que le patient a notées, il les compare aux objectifs que le délégant a fixé (Cf. Annexe 2), si besoin pour obtenir ces objectifs il modifie les doses et il note les doses préconisées sur une feuille de prescription qu'il remet au patient (Cf. Annexes 10). Il garde un double de ces documents			Evaluation régulière des connaissances et compétences du délégué. Analyse de pratiques.
Etape 7 : Le délégué convient ensuite d'un autre rendez-vous ou rencontre avec le patient au minimum dans les 4 semaines Mais si les résultats glycémiques sont supérieurs à 2 fois l'objectif à atteindre ou si il y a plus d'un malaise hypoglycémique par semaine chez les DT2, ou si le nombre d'hypoglycémies augmente chez le DT1, un rendez vous supplémentaire est donné dans les 15 jours. Pour le diabète gestationnel les rendez vous avec le délégué sont toutes les 4 semaines (les patientes sont suivies en alternance tous les 15 jours avec le délégant).	- <u>Risques liés au patient</u> : o Rendez-vous manqué par le patient o Oubli d'apporter l'insuline o Oubli de compléter les résultats o Ne parle pas français o Présente un handicap (cécité, surdité...) o Cliniques : Déséquilibres glycémiques, conséquences sur fœtus - <u>Risques liés au professionnel</u> : o Choix de mauvaise insuline o Erreur d'adaptation	Causes liées au patient : Ecriture illisible Causes liées au pharmacien Causes liées au professionnel	Action sur patient : - rappel du RDV : SMS, lettre de relance ; - rappel avant consultation d'apporter l'insuline et le lecteur (la pompe s'il en est porteur). - Numéro de téléphone remis au patient pour contacter le délégué si besoin Alerte au délégant. Ordonnance lisible par le pharmacien. Matériel de consultation : disposer d'un stylo test si besoin : - demande d'un aidant ; - rapprocher les consultations (augmenter le rythme de consultation). Traduire les documents dans les langues les plus courantes. Formation du délégué.

			Evaluation régulière des connaissances et compétences du délégué. Analyse de pratiques.
Etape 8 : Lors des consultations successives, le délégué reproduit ce qu'il a fait à la première consultation. -Lors de chaque consultation, le délégué remplit un dossier spécifique qui contient les raisons pour lesquelles le patient a été adressé par le délégant, les éléments ayant fait l'objet d'éducation thérapeutique, les évènements entre deux consultations (date, niveau des glycémies, malaises hypoglycémiques, resucrage, présence d'acétone chez les DT1…), ses recommandations de doses d'insuline. Lorsque le délégant voit le patient en consultation, il a accès aux données du suivi par le délégué, soit dans un dossier partagé, soit dans le carnet du patient qui doit être accompagné des doses recommandées par le délégué	Erreur de dossier Problème technique (système informatisé)		Système d'information à conforter. Contrôle croisé entre les données du tableau de suivi informatisé et celles du carnet glycémique personnel. Anticiper les consultations. Contrôle de l'identité du patient.
Dernière étape : Pour les patientes ayant un diabète gestationnel, la fin du suivi est l'accouchement -Pour les patients DT1 et DT2, le suivi par le délégué s'arrête dans trois circonstances: 1) parce que les objectifs thérapeutiques fixés par le délégant sont atteints ou 2) parce que le délégant avait précisé une fin de suivi dans son courrier ou 3)			

parce que le délégué souhaite que le délégant revoit le patient pour définir si le suivi doit être poursuivi. Dans ce dernier cas elle prévient la secrétaire du délégant pour que celui-ci donne un rendez-vous au patient. -Il n'y a pas de rencontre systématiquement prévue entre le délégué et le délégant sauf critère d'alerte			

Nota Bene : Le Document d'aide à la Gestion des risques dans les protocoles de coopération » permet une aide au remplissage du tableau et comporte des exemples.