

## COMPTE RENDU

### Réunion clinique 1 – Démarche responsabilité populationnelle – Parcours diabète de type 2

---

Le 22 avril 2025 de 11h00 à 13h00

#### Les participants :

BAUMEA Mélanie – CHICAS Gap  
BARIDON Marie-Claire – IDEL Gap  
BELLANGER Jade - DHALIR  
BOULETEL Julie – MSP Bayard / CPTS  
Büech-Dévoluy

DENORME Karine – ARS DD05  
DESCAMPS Sonia – CPTS du Gapençais  
DUBERN Louise – CHICAS Gap  
ELLEOUET Anne-Sophie – CPTS  
Champsaur-Valgaudemar  
EYMAR-DAUPHIN Marine - Caisse  
commune de Sécurité Sociale 05  
FILIPPI Simon – CPTS du Gapençais  
FRA Valérie – MSP Bayard  
FUSCA Célia – CHICAS Gap  
GRIMAL Célia – CPTS Briançonnais Ecrins  
GUERRA Valentina – Fondation Edith  
Seltzer  
HANOKA Gilbert – CPTS du Gapençais  
LANGLET Amélie – MSP Bayard

BRETAGNON Sophie – Fondation Edith  
Seltzer  
CATELAN Carine – CPTS Champsaur-  
Valgaudemar  
CHASARD Mélanie – MSP Bayard  
DECHERF Emilie – CHICAS Gap  
LOUCHART Josette-Kelly – CHICAS Gap  
MEYER Charlie – MSP Bayard  
MEYER Anne-Line - MSP Bayard  
MONGILARDI Laetitia - MSP Bayard  
PEDEUX Max – Patient référent  
PELLEGRIN Isabelle – IDEL Neffes  
POYET Noémie - CPTS du Gapençais  
REY Muriel – CPTS Briançonnais Ecrins  
SARLON Emmanuelle – CHICAS Gap -  
Sisteron  
TAMAIN Eric – Association Française des  
Diabétiques des Alpes du Sud  
TARDIVET Valérie - CHICAS  
VAUDRON Adrien – CHICAS Gap - CHEB  
VIGUIER GAZZANIGA Emilie – CODES 05

#### Les excusés :

DEFFAUX Michèle – CH Embrun  
MOULIN Florence – CPTS Büech-Dévoluy  
PIVOT Claire – CHICAS Gap  
SURROCA Catherine – MSA Alpes Vaucluse  
VINCENTELLI Clara – CHICAS Gap

## 1. Introduction

Cette première réunion clinique est spécifique et n'a pas le même format que les suivantes. L'objectif de cette réunion est de présenter la démarche, établir un diagnostic populationnel à partir des données de santé et de consommation des patients à risque ou atteint de diabète de type 2 pour arriver à un consensus sur les besoins de cette population sur le territoire des Alpes du Sud.

## 2. Tour de table des participants

Un tour de table est réalisé avec l'ensemble des participants présents physiquement et en distanciel.

## 3. Présentation de la démarche de Responsabilité populationnelle

La démarche de responsabilité populationnelle vise à faire travailler ensemble tous les acteurs d'un bassin de vie (hospitaliers, professionnels libéraux, para médicaux, aidants, acteurs associatifs...) pour améliorer la santé de ses habitants. Une meilleure santé, grâce à une meilleure prise en charge du patient et une meilleure utilisation des ressources, c'est ce triple objectif qui fonde la démarche de responsabilité populationnelle.

A la clé une vision radicalement différente de notre système de santé, conçue non plus comme un modèle basé sur la prise en charge des malades mais comme un modèle qui vise le maintien en bonne santé.

Cette démarche se traduit par l'élaboration et la mise en œuvre, par l'ensemble des acteurs de santé du territoire, d'un programme d'action partagé qui comprend :

- des parcours de prise en charge
- les actions prioritaires en fonction des besoins et ressources
- des indicateurs de mise en œuvre et de résultat.

L'approche populationnelle repose sur une méthodologie et des outils développés par la Fédération Hospitalière de France (FHF) et éprouvés sur plusieurs territoires ces 5 dernières années. Le 10 novembre 2023 le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Alpes du Sud et la FHF PACA ont signé une convention de partenariat qui officialise l'expérimentation sur notre territoire et donne accès aux différentes ressources (données de santé et de consommation de la population cible, pyramide de stratification, logigrammes de prise en charge des patients par strate...).

#### 4. Réalisation atelier « Fiertés, défis et attentes »

3 questions sont posées aux participants qui sont invités à mener une réflexion individuelle puis à partager leurs réflexions collectivement. Ci-après la synthèse des réponses formulées :

##### Quelles sont les réalisations dont vous êtes fiers ?

- Développement et mise en œuvre de séances d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) par des patients référents, avec une formation universitaire dédiée.
- Expérience enrichissante à l'Hôpital de Provence, incluant des initiatives telles que l'équipe mobile, la télésurveillance, et un suivi renforcé en ville, particulièrement axé sur la prévention des crises.
- Mise en place d'une approche d'ETP avec un accent particulier sur l'Activité Physique Adaptée (APA) pour une meilleure prise en charge.
- Déploiement et expansion de l'ETP sur une CPTS, avec des perspectives d'élargissement des programmes déjà existants (II)
- Renforcement des liens entre l'ETP et la Maison Sport Santé, avec un impact positif sur le bien-être médical et général des patients.
- Mise en place d'un Hôpital de Jour et de journées dédiées à l'ETP, comme celles organisées au CHICAS (III)
- Développement des liens entre les établissements hospitaliers et les structures de soins de ville, pour une prise en charge plus fluide et coordonnée des patients diabétiques.
- Actions de prévention ciblées par le CODES, en collaboration avec des acteurs comme l'AFD, pour sensibiliser différents publics aux enjeux de la prise en charge du diabète.
- Création de synergies entre les CPTS, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et l'Assurance Maladie pour une approche commune et cohérente du diabète.
- Lancement d'un appel à manifestation d'intérêts pour la délégation de certaines tâches dans la gestion du diabète, dans un cadre collectif et coordonné.
- Mise en œuvre d'une démarche de prévention associée à une responsabilisation des patients, avec un focus sur l'autonomie, notamment à travers l'autosurveillance et l'utilisation de dispositifs comme le système Freestyle Libre.
- Organisation d'ateliers ETP de la MSA, favorisant un meilleur accès à l'éducation thérapeutique pour les populations rurales.

Selon vous, quels sont les principaux défis relatifs aux soins et services offerts à cette population (à risque ou atteinte de diabète de type 2) ?

- Améliorer le dépistage et la prévention précoce (II)
- Renforcer la présence des professionnels dans les actions de dépistage en milieu scolaire, en entreprise et dans la communauté (II)
- Formaliser des protocoles de dépistage partagés pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).
- Développer la prévention primaire en disposant de plus de temps dédié à l'éducation et à la sensibilisation des patients sur les facteurs de risque et les modes de vie.
- Renforcer la prévention des complications et l'éducation thérapeutique (ETP)
- Développer des actions d'éducation thérapeutique de proximité et accessibles.
- Intégrer l'activité physique adaptée (APA) de manière systématique dans le parcours de soins (II)
- Impliquer davantage les patients experts dans les programmes d'ETP.
- Améliorer la coordination des parcours de soins
- Favoriser une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital.
- Structurer et poursuivre le travail en réseau extra-hospitalier pour fluidifier les parcours.
- Développer des actions de formation pour les aidants afin de les soutenir dans leur rôle.
- Mieux responsabiliser les patients et renforcer leur implication, les encourager à devenir acteurs de leur santé en les impliquant davantage dans les décisions et leur suivi (II)
- Promouvoir l'éducation à la santé et à la prévention, notamment sur les changements de comportements et de modes de vie (III)
- Faciliter l'accès aux soins et limiter les obstacles financiers à l'accès aux professionnels de santé et à certaines prises en charge (II)
- Promouvoir et valoriser l'exercice coordonné et les actes d'ETP dans la nomenclature (IDE NGAP ETP).
- Favoriser l'intelligence collective et l'innovation organisationnelle, renforcer les liens et la coopération entre les acteurs du territoire.
- Adapter les outils numériques et les dispositifs pour inclure aussi les patients âgés et éloignés du numérique.
- Encourager les démarches collaboratives pour construire des solutions adaptées aux besoins locaux

### Quelles sont vos attentes par rapport à nos réunions cliniques ?

- Clarifier le rôle du centre médical Chant'Ours dans l'organisation territoriale du parcours.
- Proposer des réponses concrètes aux problématiques de prise en charge rencontrées sur le territoire.
- Encourager la délégation de tâches et la création de parcours coordonnés en ville, avec des moyens et outils adaptés à la pratique de terrain (II)
- Structurer des partenariats pluridisciplinaires incluant médecins, infirmiers, diététiciens, podologues, psychologues, assistantes sociales et intervenants en activité physique adaptée (APA) (II)
- Améliorer le lien avec la médecine du travail pour un suivi plus efficace en entreprise.
- Intégrer plus systématiquement les associations de patients, travailler plus en collaboration
- Renforcer l'inclusion du patient dans son projet de soins, en travaillant notamment sur la littératie en santé.
- Informer davantage les patients sur leur pathologie, leur traitement et l'impact de l'alimentation.
- Prévoir des dispositifs d'accompagnement et de formation pour les aidants et les proches (II)
- Quantifier le nombre de patients diabétiques sur le territoire pour organiser des actions ciblées : sensibilisation, dépistage et suivi.
- Mettre en place des stratégies adaptées pour l'orientation des patients vers les centres d'expertise et pour mieux approcher les patients récemment diagnostiqués
- Trouver des leviers pour mobiliser les patients peu motivés et ceux en décrochage (II)
- Renforcer la coordination et l'accès à des outils pratiques
- Consolider la coordination ville-hôpital autour de parcours clairement définis et partagés (III)
- Proposer des outils pratiques et opérationnels pour faciliter le suivi et la prise en charge en situation réelle de terrain.
- Favoriser l'accès à des formations et à des ressources pour les professionnels et les accompagnants.
- Mieux structurer et valoriser la prévention dans le parcours diabète.
- Insister sur l'importance d'une approche préventive dès le repérage des premiers facteurs de risque et dans les parcours de soins.

En résumé, les participants partagent :

- ⇒ Des **fiertés** qui portent sur une dynamique territoriale et un travail en réseau (synergie ville-hôpital, CPTS, MSP, associations...) une offre d'ETP en développement, des actions de prévention (en milieu scolaire, associatif...) et des innovations organisationnelles (Hôpital de jour, maisons sport santé...).
- ⇒ Des **défis** à relever : Améliorer le dépistage et la prévention précoce, renforcer l'éducation et l'accompagnement du patient, structurer des parcours pluridisciplinaires coordonnés et fluides, renforcer et mobiliser les patients dans leur projet de soins.
- ⇒ Des **attentes** pour les prochaines réunions cliniques : Définir des réponses adaptées à la réalité du territoire, favoriser les échanges et le travail pluridisciplinaire, structurer le parcours diabète de type 2, renforcer le lien ville-hôpital.

## 5. Présentation des indicateurs du territoire

Plusieurs données de santé et de consommation sont présentées. Pour chacune d'elles, il est précisé la méthode de récolte et de traitement (source, périmètre, année...).

Chiffres clés - Territoire des Hautes-Alpes

*Méthode : Périmètre : Département 05 / Source : Observatoire régional de la santé PACA / Année : 2019*

- 44% de la population vit en milieu rural (fortes contraintes de déplacements, isolement)
- 37% des habitants vivent à Gap ou Briançon
- 12% de la population est âgée de 75 ou plus (contre 11,1% au niveau régional)
- 23% de la population devrait être âgée de 75 ans ou plus d'ici 2050 (contre 19% au niveau régional)
- Densité de spécialistes plus faible que le niveau régional
- 20% de la population est à plus de 30 minutes d'un service d'accueil d'urgence
- Un taux de passage au niveau des urgences le plus élevé de la région (49%)

Chiffres clés – Prévalence du diabète de type 2 (Cf. diapo 17 PPT)

*Méthode : Périmètre : Département 05 / Source : INSEE / Année : 2016*

En 2016, la prévalence du diabète traité sur le département des Hautes-Alpes est de 4,9%. En fonction des méthodes de l'on applique en termes de projection cette prévalence à 2028 est portée à 5,9% (scénario 1) ou 6,6% (scénario 2).

Chiffres clés – Pyramide de stratification Insuffisance cardiaque – Parcelle Alpes du sud 2019-2023

*Méthode : Périmètre : Alpes du Sud – Population résidente / Source : Données PMSI (système d'information hospitalier) Année : 2019 - 2023*

La pyramide de stratification de la population à risque ou atteinte de diabète de type 2 sur le territoire des Alpes du Sud est détaillée. Elle présente la population cible en fonction de la gravité de la maladie (strate 0 : population à risque de diabète de type 2 / strate 1 : patient simple / strate 2 : patient peu compliqué / strate 3 : patient compliqué / strate 4 : patient complexe)

Chiffres clés – Fiche de synthèse des indicateurs de la file active Insuffisance cardiaque (Cf. fiche de synthèse distribuée)

*Méthode : Périmètre : Population résidente Alpes du Sud / Source : Données PMSI (système d'information hospitalier) – sélection sur le codage (diagnostic, actes), INSEE, FHF Data / Année : 2019 - 2023*

- Population des Alpes du Sud en 2022 : près de 168 000 personnes
- Plus de 3 800 personnes dans la file active DT2 en 2023, soit 2,3% de la population des Alpes du Sud

La file active a été construite sur cinq ans. Le patient est inclus dans la file active si le code géographique de sa dernière hospitalisation dépend de la parcelle que l'on étudie et s'il possède au moins une fois au cours de ces épisodes de soins un diagnostic parmi une sélection de codage (diagnostics, actes). Ce diagnostic est recherché quelle que soit sa position ou le champ de l'hospitalisation (MCO, SSR, HAD, PSY).

Sur cette file active (3 853 personnes en 2023) :

- 59% sont des hommes
- 79% des personnes de cette file active sont âgées de plus de 65 ans (44% sont âgés entre 65 et 79 ans ; 35% sont âgés de 80 ans et plus)
- Entre 2023 et 2033 on prévoit une augmentation de 21% de la population âgée de plus de 65 ans sur le territoire (contre 18% en France)
- 55% des patients de la file active hospitalisés au moins une fois en 2023
- 17 patients amputés en 2023
- 38,5% des patients passent par les urgences avant hospitalisation
- 20,6% des patients hospitalisés sont restés entre 31 et 90 nuitées

Chiffres clés – Indicateurs de suivi du diabète sur 05 en ville et détail par territoire d'appartenance (Cf. diapos 24 et 25 PPT)

*Méthode : Périmètre : Département 05 / Source : Données du Système National des Données de Santé (SNDS) de l'Assurance Maladie / Année : 2024*

- 8 742 patients diabétiques repérés.

Voir détail diapos 24 et 25 du PPT.

## 6. Réalisation atelier réflexif sur les données et indicateurs

4 questions sont posées aux participants qui sont invités à mener une réflexion individuelle puis à partager leurs réflexions collectivement. Ci-après la synthèse des réponses formulées :

### Quels sont les indicateurs qui attirent votre attention ?

- Faible taux de recours aux podologues (20%) (III)
- Démographie médicale préoccupante (baisse de l'offre de soins) (II)
- Projections et prévision d'évolution du diabète et ses complications (II), en lien notamment avec le vieillissement de la population sur le territoire
- Suivi de la fonction rénale (microalbuminurie et DFG) encore insuffisant (II)
- Nombre d'amputations, durées d'hospitalisation et couts associés (II)
- Age diagnostic du diabète, trop tardif
- Relation diabète / obésité / précarité
- Importance des complications cardiovasculaires et du traitement de première intention par metformine

### Pour mieux connaître le profil, les déterminants de santé et les besoins de la population sur le territoire, pensez-vous qu'il faille des indicateurs en plus ? Si oui, lesquels ?

- Préciser le contenu de l'indicateur de suivi de la fonction rénale (microalbuminurie ou dosage créatinine DFG)
- Stratification du risque cardiovasculaire pour tous les DT2 via le « SCORE2-Diabetes » pour estimer la probabilité de survenue d'une maladie cardiovasculaire.
- Dépistage des douleurs neuropathiques des patients diabétiques via le questionnaire DN4 (10 questions)
- Indicateurs sur le suivi du niveau d'activité physique, de la sédentarité et de l'obésité.
- Indicateurs sur le suivi des habitudes alimentaires
- Indicateurs sur la situation familiale (comme facteur d'environnement social et de soutien à la prise en charge)
- Implémenter directement l'algorithme de stratification de la pyramide Respop DT2 sur les données issues de l'assurance maladie.

### Êtes-vous satisfait de la réponse actuelle aux besoins de santé de la population ?

- Des efforts visibles sur le terrain, un engagement et une dynamique présentes malgré des ressources et moyens limités (IIII)
- Des progrès à réaliser (III)
- Des ressources et moyens insuffisants (II)
- Poursuivre le renforcement du maillage territorial et les parcours pluriprofessionnels
- Faciliter l'accès aux spécialistes via des solutions comme la télé-expertise

## 7. Clôture de la réunion

Les prochaines dates de réunions :

- 15 mai à 12h00 (strate 0)
- 27 mai à 12h00 (strate 0)
- 12 juin à 12h00 (strate 1)
- 24 juin 12h00 (strate 2)
- 03 juillet 12h00 (strate 3 et 4)
- 10 juillet 18h00 (clôture des réunions cliniques)