

## **Circulaire DGS/SQ2/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulindépendant.**

04/05/1999

L'organisation des soins en diabétologie, en particulier ceux des diabétiques de type 2, est une des priorités retenues par la Conférence nationale de santé (CNS) de juin 1998. Le rapport de la CNS insiste sur la nécessité d'offrir à ces malades une prise en charge pluridisciplinaire concertée pour que tous aient accès de manière graduée à des soins de qualité et de proximité.

La présente circulaire vise à structurer l'organisation des soins aux diabétiques de type 2. Les questions relatives à la prise en charge globale du risque cardio-vasculaire en France s'abordent de la même façon et font parallèlement l'objet d'un approfondissement qui concernera ultérieurement la prise en charge de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et des pratiques addictives (tabac, alcool).

Cette circulaire a pour objet de vous indiquer, dans un cadre juridique renouvelé, les principes qu'il convient de prendre en considération pour l'organisation des soins concernant le diabète de type 2 dans les établissements de santé. Elle donne des indications précises permettant, aux régions qui retiennent cette priorité, d'élaborer un volet spécifique du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) actuellement en cours de révision.

En tout état de cause, cette circulaire fixe le cadre pour une mise en oeuvre du dispositif préconisé par la voie de contrats avec les établissements de santé tels que prévus aux articles L. 710-16, L. 710-16-1, et L. 710-16-2 du code de la santé publique.

L'organisation régionale des soins en diabétologie pourra tenir compte aussi des priorités définies par les conférences régionales de santé, conformément aux articles R. 767-1 à R. 767-6 du code de la santé publique, et s'intégrer dans le cadre des Programmes régionaux de santé.

### **I. - PRINCIPES D'ORGANISATION**

Les principes qui sous-tendent cette circulaire sont énoncés dans la déclaration de Saint-Vincent (1989), dans les rapports du Haut Comité de la santé publique (1998) et du groupe de travail de la Conférence nationale de santé (1998), dans le rapport de la conférence elle-même (1998).

L'organisation de la prise en charge régionale des diabétiques de type 2 s'adapte à l'histoire naturelle de cette maladie :

- prévention du diabète de type 2 ;
- dépistage du diabète de type 2 ;
- prévention des complications évitables : cardio-vasculaires, oculaires, rénales, nerveuses et podologiques ;
- prise en charge des complications et des handicaps.

L'amélioration de l'utilisation des moyens financiers actuellement globalement consacrés à cette pathologie pour chacune de ces quatre étapes de la maladie vise à diminuer le poids humain et financier des complications et des handicaps : ceux-ci ne doivent pas être considérés comme une fatalité facilitée par le vieillissement de la population, mais plutôt comme un échec relatif des méthodes de prévention et de soins actuelles.

En France, la prévalence du diabète de type 2 risque d'être accrue par le vieillissement de la population, par une augmentation moyenne de poids, exprimée par l'indice de poids corporel (poids/taille<sup>2</sup>). Les chiffres de 1 500 000 à 2 000 000 de personnes actuellement concernées par le diabète de type 2 ne doivent être tenus ni pour inéluctables, ni pour irrémédiablement croissants. La prévalence de la maladie est accrue par une alimentation généralement trop riche en calories, en graisses saturées et en sucres d'absorption rapide, insuffisamment variée et riche en légumes et en fruits, ainsi que d'une absence d'exercice physique régulier d'intensité suffisante. De telles habitudes sont de plus en plus fréquemment installées dans l'enfance et dans l'adolescence, dans certaines familles et dans certains milieux sociaux. Outre les soins qu'ils dispensent, les établissements publics et privés devront donc accroître leur participation aux approches individuelles et collectives d'éducation pour la santé sur les thèmes hygiéno-diététiques. Leur participation aux actions d'éducation à la santé fait partie de leurs missions et de celles de leur personnel, médical et para-médical.

Cette circulaire s'appuie sur trois principes :

1° Elle recommande une adaptation et une graduation des soins similaires à celles utilisées pour l'organisation des soins en cancérologie dans la circulaire DGS/DH du 24 mars 1998, mais selon une présentation inverse, allant ici des approches technologiques les plus simples aux plus complexes, afin d'adapter l'offre de soins aux besoins des patients et/ou à la gravité croissante de l'histoire naturelle du diabète de type 2 :

- les soins de proximité ;
- les sites orientés vers la diabétologie ;
- les pôles fonctionnels de référence en diabétologie.

Cette circulaire rappelle d'abord l'importance des soins de proximité. Elle fixe ensuite les grandes lignes organisationnelles et les critères de qualité des sites hospitaliers privés et publics.

Elle insiste sur l'éducation à la santé individuelle et collective.

3° Elle introduit une notion d'obligation d'évaluation des résultats par les pairs, portant, en fonction des objectifs généraux et de l'état initial des patients, sur l'analyse des valeurs moyennes (et de la dispersion) d'un nombre limité d'indicateurs simples reconnus comme prédictifs de l'état de santé des diabétiques traités, par les différentes sociétés savantes nationales et internationales. La liste de ces indicateurs est détaillée dans l'annexe II. Ils constituent la base d'un dossier médical commun, accessible directement à la personne malade afin qu'elle puisse, si elle en est d'accord, mémoriser et comprendre l'évolution de son désordre métabolique sur plusieurs décennies.

Ces trois principes serviront à préparer un cahier des charges qui, le cas échéant, peut être annexé au SROS. C'est sur la base de ce cahier des charges que pourront être agréés les réseaux de soins en application de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique. Les contrats d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2 du code de la santé publique, conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé pourront utilement décliner les modalités pratiques de mise en oeuvre de cette organisation par les établissements concernés.

## 2.1. Les offres de soins de proximité

### a) Les médecins libéraux :

Les activités de dépistage (cf. annexe I) relèvent essentiellement de l'offre de soins de proximité des médecins généralistes dont le rôle est crucial dans l'organisation d'une prise en charge éducative ou thérapeutique étalée sur plusieurs décennies, et dont la cible est, en pratique, les familles dans leur totalité. Les soins de proximité reposent donc le plus souvent possible sur les médecins généralistes de telle sorte que, dans la continuité, soient assurés dépistage ciblé, éducation initiale du patient, bilan et initialisation d'une prise en charge globale du risque métabolique et cardiovasculaire. Selon les possibilités locales, le médecin généraliste doit s'appuyer soit sur un médecin spécialiste ou compétent en endocrinologie et maladies métaboliques, soit sur un site hospitalier public ou privé orienté vers la diabétologie, soit sur un pôle fonctionnel de référence en diabétologie, tels que structurés par cette circulaire. D'autres spécialistes libéraux peuvent être mobilisés en fonction du contexte clinique et biologique spécifique de chaque patient, en particulier dans le cadre d'un réseau organisé de soins.

Chaque patient doit être éclairé des choix possibles de prise en charge offerts dans son aire géographique, qui prendront en compte ses possibilités de déplacement (temps et distance) et ses choix propres influencés par l'âge, le contexte professionnel et socioculturel, l'entourage familial.

### b) Les réseaux de soins :

La prise en charge des diabétiques de type 2 dans un réseau de soins vise à ce que chaque personne concernée puisse avoir accès à une information écrite, décrivant l'ensemble des prestations que son désordre métabolique est susceptible de requérir sur un intervalle de temps de plusieurs années. A la circulation injustifiée de certains patients entre plusieurs spécialistes qui aboutit toujours à des dépenses excessives, et parfois à des avis contradictoires, non conformes à l'état actuel des connaissances par défaut de synthèse, le réseau de soins vise à substituer un accès à des avis pluridisciplinaires concertés, coordonnés et rendus transparents car déduits de règles écrites et mises à jour régulièrement.

Même si les modes de prise en charge varient sur l'ensemble du territoire national, le bilan annuel ou biennuel basé sur les

indicateurs de qualité décrits dans l'annexe II permet de quantifier le succès ou l'échec de toute prise en charge, quelles qu'en aient été les modalités. Il existe une nécessité absolue en cas d'échec de proposer une autre offre de soins, en particulier celle organisée par la présente circulaire, à destination des établissements de santé publics ou privés. Toutes les zones géographiques en France doivent offrir au moins une possibilité de réseau de proximité aux diabétiques de type 2.

## 2.2. Les sites orientés vers la diabétologie

Situés dans des établissements publics ou privés, n'ayant pas pour vocation de participer au dépistage des patients qui bénéficient d'offres de soins de proximité plus légers et plus accessibles, ces sites se définissent par leur organisation, attestée par un cahier de procédures écrites. Ils offrent tous les jours ouvrables, avec une liste d'attente inférieure à trois mois, les prestations suivantes, réalisables sur place en moins d'une demi-journée selon les besoins de chaque patient, cela pour six à dix patients :

1. Une consultation clinique. Elle est assurée par un médecin spécialiste ou titulaire d'une compétence en endocrinologie et maladies métaboliques, médecin ayant un statut de plein temps, de temps partiel ou de vacataire dans l'établissement. Le patient doit avoir accès à cette consultation dans le délai le plus court possible après son arrivée dans l'établissement.

Cette consultation comprend un interrogatoire et des conseils concernant les habitudes alimentaires, l'activité physique, l'observance des traitements médicamenteux ; la mesure de la pression artérielle en position assise avec un appareil oscillométrique validé ; le calcul de l'indice de poids corporel ; l'examen des membres inférieurs à la recherche d'une abolition des poulx tibiaux postérieurs et fémoraux, d'une abolition des réflexes ostéo-tendineux et/ou de la sensibilité, de lésions podologiques cutanées ou unguéales. Sous la responsabilité du médecin, une certaine partie de l'examen clinique peut être déléguée à un personnel infirmier entraîné à cette fin.

2. La réalisation des examens complémentaires suivants : glycémie, hémoglobine glycosylée, cholestérol, HDL-cholestérol et triglycérides plasmatiques, LDL-cholestérol calculé, créatininémie, examen urinaire comprenant la micro-albuminurie, électrocardiogramme. Les résultats de ces examens biologiques sont nécessaires à la pratique clinique et doivent être obtenus sans multiplication des déplacements des patients et sans délais injustifiés. Il est donc de la responsabilité du directeur de l'établissement de concevoir avec l'ensemble des professionnels concernés, biologistes et cliniciens, une organisation permettant d'obtenir l'ensemble de ces résultats dans un intervalle de temps de quelques heures en recourant, entre autres solutions, aux techniques de biologie modernes appropriées et validées.

3. L'accès à un programme d'éducation qui puisse renforcer, en fonction des besoins de chaque patient et de sa famille, l'intervention du médecin diabétologue et de l'infirmière par l'accès à trois types de prestations complémentaires fournies par les professionnels compétents, diététiciens, psychologues, assistantes sociales :

- diététique : mise en oeuvre après analyse des comportements alimentaires, du contexte culturel, familial et professionnel ;
- psychologique : mise en oeuvre pour dépister des états anxieux ou dépressifs latents, des motifs de comportements à risque par déni de la maladie, des difficultés psychologiques personnelles ou familiales ;
- sociale : visant à prendre en compte les éléments du contexte occupationnel (profession, recherche de travail, aménagement des conditions de travail), familial (isolement, situations conflictuelles, logement) et culturel (religieux, ethnique) qui rendent difficiles la prise en charge de certains diabétiques de type 2, en particulier ceux qui sont devenus insuli-nonnécessitants.

Ces prestations (enseignement individuel ou collectif de diététique, conseil psychologique, aide sociale) doivent être ouvertes directement aux patients adressés par des médecins généralistes ou par des spécialistes libéraux qui les estimeraient nécessaires, pour les diabétiques de type 2 dont ils assurent directement la prise en charge, avec, comme objectifs, les indicateurs de qualité des résultats figurant dans l'annexe II.

Cette organisation a pour but d'accroître les connaissances du malade et de faciliter la prise de conscience de son état de santé par un effort d'éducation couplé à une consultation classique de qualité, à des examens simples et informatifs, réalisés dans la même tranche horaire et dans les mêmes locaux.

Un système d'hospitalisation de jour peut compléter le dispositif, l'hospitalisation de jour s'adressant aussi à la mise en oeuvre des méthodes diagnostiques et thérapeutiques des complications des diabètes de type 2, en particulier quand elles concernent plusieurs organes.

Cette organisation vise aussi à supprimer les hospitalisations de jour standardisées, caractérisées par la multiplication  
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssq2dh-n-99-264-du-4-mai-1999-relative-a-lorganisation-des-soins-pour-l-a-prise-en-charge-du-diabete-de-type-2-non-insulinodependant/>

d'examens complémentaires systématiques, de nature descriptive, et sans influence sur le processus décisionnel parce qu'insuffisamment précis ou insuffisamment informatifs pour établir un pronostic individuel ou guider un suivi.

Un site orienté vers la prise en charge du diabète de type 2 ainsi défini peut être autonome. Il peut s'intégrer, comme cela doit être fait de manière plus extensive au niveau des pôles fonctionnels de référence en diabétologie, dans le fonctionnement de deux autres structures :

1. Une unité de prise en charge des diabétiques de type 1, insulino-dépendant, nécessitant soit une hospitalisation de jour, soit une hospitalisation de semaine, soit une hospitalisation classique ainsi qu'une connection formalisée avec un pôle fonctionnel de référence en diabétologie.

2. Une unité de prise en charge des risques cardio-vasculaires, en particulier orientée vers la prise en charge de l'hypertension artérielle résistante, telle que définie dans les recommandations de l'ANAES, de l'obésité et/ou des maladies cardio-vasculaires.

La présence de ces structures dépend des ressources humaines et techniques disponibles dans l'établissement public ou privé et du dispositif global de prise en charge du diabète, des maladies cardio-vasculaires et rénales à l'échelon du département ou de la région.

Les sites orientés vers la diabétologie doivent aussi pouvoir guider les personnes concernées soit en urgence, soit dans un délai inférieur à une semaine, vers les principales consultations spécialisées suivantes : pratiques addictives (tabac et alcool), cardiologie, angiologie, ophtalmologie, néphrologie, podologie, obstétrique, etc. avec comme objectif essentiel de minimiser les déplacements et les temps d'attente rendus éventuellement nécessaires par la présence chez le même malade de plusieurs pathologies.

L'organisation d'ensemble des sites orientés vers la diabétologie doit être nominativement confiée à un médecin, spécialisé ou non, aidé d'un cadre infirmier, d'une secrétaire et si possible d'un représentant de malades. Cette équipe est responsable :

- de la rédaction et de la mise à jour des cahiers de procédure du site ;
- de l'organisation de l'accueil des consultants ;
- de la tenue des dossiers, en particulier du suivi des indicateurs de qualité qui permettent de juger de la gravité initiale de la maladie et des résultats obtenus par le traitement ;
- de l'archivage au long cours des dossiers informatisés ;
- de la coordination à l'intérieur d'un éventuel réseau, avec un pôle fonctionnel de référence en diabétologie de la région ou d'une région voisine et avec les généralistes, les spécialistes extrahospitaliers et le personnel paramédical constituant le réseau ;
- d'une participation à l'évaluation des soins par les pairs soit sous la forme d'un tableau de bord des indicateurs de qualité de la prise en charge de tous les consultants, soit par la participation à des enquêtes transversales, telle que Diabcare par exemple ;
- d'une participation à une recherche clinique coordonnée avec les sites de référence en diabétologie et les médecins libéraux, spécialistes ou non.

Il est important que de telles structures puissent accueillir 500 à 1 000 nouveaux patients par an et qu'une offre suffisamment diversifiée et transparente existe dans la région, adaptée à la géographie de celle-ci.

### 2.3. Les pôles fonctionnels de référence en diabétologie

Ils se définissent par leur activité de soins, de recherche et d'enseignement selon les critères décrits ci-dessous.

#### 2.3.1. Les soins

Ces pôles fonctionnels sont constitués d'un ou plusieurs établissements qui dispensent des soins de haute technicité. Ils traitent des patients présentant une pathologie rare (en particulier génétique) ou complexe (en particulier polyvasculaire ou multiorganes) susceptible de risque majeur à court ou moyen terme. Ils prennent aussi couramment en charge les patients provenant de leur ressort territorial. Les sites de référence en diabétologie offrent les mêmes prestations que les sites orientés vers la diabétologie, avec un accès quotidien à toutes les consultations spécialisées nécessaires. L'accès en consultation à des avis multidisciplinaires nécessite souvent une organisation des horaires et un aménagement des locaux qui permettent aux consultants de trouver facilement un circuit logique d'examens successifs effectués en respectant le

confort et la confidentialité et en minimisant les temps d'attente inutiles.

Les pôles fonctionnels de référence pratiquent notamment l'association des thérapeutiques (chirurgie, radiologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle, hémodialyse, transplantation, éventuellement thérapie cellulaire). Ils comportent tous les moyens de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 tels que résumés dans l'annexe III. En fonction des problèmes posés, les avis des pharmaciens hospitaliers, des responsables de la prise en charge de la douleur de l'établissement (en particulier pour les pansements des lésions des membres inférieurs), des responsables de la politique de prévention de la résistance aux antibiotiques (en particulier pour les plaies cutanées et les infections du pied) devront être prévus dans les procédures écrites de fonctionnement des sites de référence.

Les pôles fonctionnels de référence sont obligatoirement munis de modalités d'archivage, informatisés, permettant le suivi des patients à très long terme.

Les établissements de santé de ces pôles pratiquent l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de semaine et l'hospitalisation de jour. Les hospitalisations de jour en particulier gardent toute leur importance pour remplacer les hospitalisations classiques de durée limitée. Elles ne doivent être en aucun cas se substituer à des activités regroupables en consultation, et elles doivent être réalisées en proscrivant toute liste de prescriptions a priori d'exams systématiques, sans influence sur le processus décisionnel du suivi individuel. Les prestations proposées à chaque consultant doivent être essentiellement guidées par les caractéristiques médicales, sociales et psychologiques de chacun. Les critères médicaux de qualité des résultats sont bien sûr les mêmes que ceux proposés aux patients pris en charge par les sites orientés vers la diabétologie, les médecins généralistes ou les spécialistes libéraux. Ils demandent à être interprétés en fonction de la gravité initiale des cas.

Lorsque plusieurs établissements s'associent pour constituer un pôle fonctionnel de référence, ils doivent être géographiquement proches pour répondre aux besoins des patients en situation d'urgence quand cela est nécessaire. Des règles de fonctionnement communes réunissent les participants du pôle fonctionnel de référence sur la base de conventions écrites.

### 2.3.2. La recherche

Les pôles fonctionnels de référence en diabétologie développent ou coordonnent le développement des méthodes diagnostiques et thérapeutiques innovantes dans le respect des articles L. 209-1 à L. 209-23 du code de la santé (loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales). Ils ont donc accès à des locaux agréés pour la recherche clinique, permettant de réaliser, entre autres, des études sans bénéfice direct. Ils sont contractuellement liés à des structures de recherche, en particulier épidémiologique, économique, endocrinienne et nutritionnelle, génétique, immunologique ou orientée vers les pathologies d'organe.

### 2.3.3. L'enseignement

Les pôles fonctionnels de référence en diabétologie sont responsables de la formation médicale initiale. Ils participent à la formation médicale continue, à la formation initiale et continue des personnels paramédicaux, aux actions d'éducation pour la santé tournées vers la population ou des sous-groupes de celle-ci.

Sur la base de sa capacité à remplir ces trois missions, et en tenant compte de la population de la région (nombre et répartition géographique), la qualification d'un pôle fonctionnel de référence en diabétologie pourra alors être reconnue par le SROS.

## 3. Les relations entre les structures

La formalisation des relations entre structures est indispensable dès que l'on s'adresse à une maladie comme le diabète de type 2, dont la prévalence est grande, les mécanismes d'apparition multiples, génétiques et environnementaux, l'histoire naturelle longue, sur plusieurs décennies, et les manifestations pathologiques susceptibles de survenir dans plusieurs organes. L'organisation d'ensemble doit être centrée sur les besoins du patient. De plus, l'existence de cette pathologie métabolique et les méthodes utilisées pour la traiter modifient les soins à donner pour toutes les autres pathologies susceptibles d'être acquises par le diabétique de type 2 au fur et à mesure de l'âge. Leur diagnostic et leur traitement, médicamenteux en particulier, demandent une adaptation spécifique à ce terrain. La non-prise en compte du diabète de type 2 et de son traitement médicamenteux est une cause de iatrogénèse évitable.

Lorsque les critères de qualité des résultats, toujours interprétés en fonction de l'état initial et du patient considéré, ne sont pas atteints (cf. annexe II, Diabcare), il est indispensable que le patient bénéficie d'avis médicaux complémentaires. Réciproquement, il n'est pas de la vocation des sites de référence ou des pôles fonctionnels de référence d'assurer le dépistage ou la surveillance au long cours de tous les diabétiques de type 2, en particulier lorsque des critères de qualité du traitement sont atteints. Leur intervention au cours de l'histoire naturelle de la maladie traitée ne peut qu'être transitoire, à l'occasion d'actions d'éducation ou de prise en charge d'échecs thérapeutiques, de complications et de pathologies associées. Il est donc indispensable que tous les participants aux soins, préférentiellement dans le cadre de réseaux, soient organisés pour évaluer au mieux la prise en charge des 50 000 nouveaux cas annuels, selon les estimations actuelles, et le suivi régulier des 2 millions de personnes concernées par cette maladie.

Médecins libéraux, établissements publics et privés doivent s'organiser de manière transparente pour appliquer des plans de prise en charge individualisés, évitant la pratique ou la répétition d'exams et avis inutile et informant les patients des critères souhaités de résultat.

Les objectifs de cette formalisation de l'articulation des structures hospitalières et libérales, publiques et privées, médicales et sociales, susceptibles de prendre en charge à certains moments de leur maladie les diabétiques de type 2 sont doubles :

- rendre efficiente l'offre de soins. Les professionnels doivent s'organiser pour que la technicité des prestations soit rigoureusement adaptée à la complexité du problème médico-sanitaire, en évitant en particulier de complexifier ce qui peut être traité simplement et en donnant la priorité à l'éducation du patient et aux recherches effectuées conformément à la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 ;
- rendre lisible l'offre de soins. Il est de la responsabilité des services de l'Etat de s'assurer de cette visibilité pour les citoyens de tous âges et de tout niveau social vivant dans le département ou la région. L'objectif est de concilier le libre choix des patients et l'utilisation rationnelle de l'offre de soins. Le dossier informatisé du patient, porté par lui, et rendant explicite pour chacun les objectifs de la prise en charge du diabète de type 2, doit permettre un dialogue avec les soignants à propos d'objectifs explicites et partagés de résultats (cf. annexe II).

Pour toutes ces raisons, la présente circulaire insiste sur :

1° La nécessité de procédures écrites, décrivant les circulations possibles de malades à l'intérieur d'un réseau de médecin libéraux, hospitaliers ou préférentiellement mixte ;

2° La nécessité de partager des informations médicales minimales nécessaires, de manière confidentielle, entre le malade et plusieurs médecins pendant de nombreuses années ;

3° L'intérêt d'une participation de tous les acteurs médicaux et paramédicaux aux actions d'éducation de la population. Souvent initiées par les collectivités locales, ces actions visent à promouvoir une alimentation variée, équilibrée, normocalorique et la pratique de l'exercice physique dès l'enfance et dès l'adolescence, et ultérieurement à tous les âges de la vie, en particulier dans les familles où existent diabètes de type 2 et obésité.

#### 4. L'assurance qualité

La présente circulaire définit l'optimisation de l'utilisation des moyens actuellement disponibles pour que l'ensemble des difficultés causées par le diabète de type 2 puisse être pris en charge, au fur et à mesure que se déroule l'histoire naturelle de la maladie. Elle énumère les paramètres utiles pour mesurer la qualité de la prise en charge de diabète de type 2.

Elle définit des critères d'utilisation des moyens, visant à favoriser le confort du consultant : des délais d'attente mesurés et raccourcis le plus possible, un accès aux résultats biologiques standards dans les délais courts que permettent maintenant les technologies de biologie moderne validées, une limitation maximale du nombre de déplacements des patients. La multiplication des examens complémentaires descriptifs sans influence sur la décision médicale est remplacée par un effort d'éducation et de compréhension des souhaits du malade, appuyé, lorsque cela est nécessaire, par une aide psychologique ou sociale. Cette organisation vise à faciliter à long terme l'observance des patients, définie globalement par la concordance qui existe entre les recommandations des soignants et les comportements des soignés.

Cette circulaire demande une surveillance régulière d'indicateurs de résultats. L'évaluation individuelle est placée sous la responsabilité des médecins traitants et communiquée à chaque malade. L'évaluation globale est organisée sous la responsabilité exclusive des professionnels, à charge pour eux, dans le cadre des sociétés savantes, des unions régionales de médecins libéraux, des unions régionales des caisses d'assurance maladie et avec l'appui de l'ANAES, de mettre au <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssq2dh-n-99-264-du-4-mai-1999-relative-a-lorganisation-des-soins-pour-l-a-prise-en-charge-du-diabete-de-type-2-non-insulinodependant/>

point des systèmes d'information susceptibles de faire connaître confidentiellement, à chaque médecin et à chaque structure, leur résultat moyen et sa dispersion comparativement à l'objectif attendu au regard de l'état de gravité du malade.

## 5. Mise en oeuvre et suivi

Avant la fin de l'année 1999, les agences régionales de l'hospitalisation, en liaison avec les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, désigneront, à partir des projets présentés par les établissements concernés, les pôles fonctionnels de référence et les sites orientés vers la diabétologie, afin d'organiser une offre de soins conforme aux principes de cette circulaire et de veiller à ce que la répartition des différents structures permette une prise en charge efficace des patients concernés.

Afin de souligner le rôle essentiel des médecins généralistes dans le dépistage et le suivi au long cours des patients diabétiques de type 2 et de faciliter la coordination des soins entre le secteur libéral et le secteur hospitalier, des moyens seront consacrés à l'organisation de réseaux de soins, autour des sites orientés vers la diabétologie et des pôles de référence.

Au vu des résultats de l'évaluation des centres de lutte contre l'athérosclérose actuellement en cours, des moyens pourront être redéployés pour accompagner la mise en place de ces réseaux sur l'ensemble du territoire.

Une évaluation des activités de diabétologie dans les établissements publics et privés sera réalisée par une enquête transversale annuelle, de type 'un jour donné', à partir de l'an 2000.

Les services de la direction générale de la santé et de la direction des hôpitaux se tiennent à votre disposition pour préciser ou compléter, à votre demande, les présentes recommandations.

Références : Code de la santé publique ; Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ; Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

## **ANNEXES**

### **ANNEXE I**

#### **DEPISTAGE DU DIABETE DE TYPE 2**

Le nombre de diabétiques de type 2 non diagnostiqués est estimé à 500 000 et 20 % sont diagnostiqués à l'occasion d'une complication. Cela montre l'importance d'un diagnostic précoce mis en oeuvre par le médecin généraliste.

A l'intérieur de notre population, des facteurs familiaux génétiques, ainsi que des habitudes partagées facilitent la survenue des diabètes de type 2. L'histoire familiale est le meilleur indicateur de ciblage du dépistage de ce diabète de type 2 effectué tous les cinq ans à partir de 45 ans, par la mesure de la glycémie à jeun, vérifiée une seconde fois si la première mesure dépasse 7 mmol/l. Ce dépistage s'intègre dans le dépistage du risque cardio-vasculaire global qui repose sur la mesure périodique de l'indice de poids corporel, de la pression artérielle systolique et diastolique, de la cholestérolémie, du HDL-cholestérol, de la triglycéridémie, du calcul du LDL-cholestérol et sur l'analyse de la consommation de tabac et d'alcool et des pratiques d'exercice physique. Ce dépistage est lui aussi réalisé à partir de 45 ans chez les personnes dont l'histoire familiale révèle des accidents coronariens ou vasculaires survenus avant l'âge de 55 ans chez le père, ou de 65 ans chez la mère ou les frères et soeurs.

### **ANNEXE II**

#### **CRITERES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES PERMETTANT D'EVALUER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE D'UN DIABETIQUE DE TYPE 2**

Glycémie à jeun.

Hémoglobine A1C.

Créatininémie.

Microalbuminurie ou protéinurie.

Index de poids corporel.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssq2dh-n-99-264-du-4-mai-1999-relative-a-lorganisation-des-soins-pour-l-a-prise-en-charge-du-diabete-de-type-2-non-insulinodependant/>

Exercice physique.  
Consommation de tabac.  
Consommation d'alcool.  
Pression artérielle systolique.  
Pression artérielle diastolique.  
Cholestérol total.  
HDL-cholestérol.  
LDL-cholestérol calculé.  
Triglycérides.  
Absence de lésions podologiques, cutanées, unguéales.  
Absence de lésions rétinienne évolutives.

### **ANNEXE III**

#### **LISTE DES PRESTATIONS DE SOINS OFFERTES PAR UN POLE DE REFERENCE FONCTIONNEL EN DIABETOLOGIE, SUSCEPTIBLES DE REGROUPER PAR CONTRAT PLUSIEURS ETABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVES**

Consultation de génétique.

Biologie conventionnelle, et biologie endocrinienne, métabolique et génétique moléculaire.

Cardiologie clinique.

Explorations fonctionnelles cardiologiques :

- échocardiographie ;
- mesure ambulatoire de la pression artérielle ;
- mesure ambulatoire de l'électrocardiogramme ;
- télémesure de la pression artérielle et du rythme cardiaque ;
- électrocardiogramme d'effort ;
- scintigraphie myocardique.

Unités de soins intensifs cardiologiques :

- règles écrites spécifiques pour la prise en charge des diabétiques.

Chirurgie cardiaque :

- couplage à la cardiologie interventionnelle indispensable.

Angéiologie clinique :

- écho-Doppler de l'aorte et des artères ;
- règles écrites de prise en compte de la douleur et de la prévention de la résistance aux antibiotiques (ulcères, amputations).

Radiologie :

- opacifications vasculaires, angio-IRM éventuellement.

Chirurgie vasculaire :

- couplage à la radiologie interventionnelle indispensable.

Néphrologie clinique :

- unité d'hémodialyse chronique.

Ophtalmologie clinique :

- angiographie à la fluorescéine ;
- thérapie par laser.

Neurologie clinique :

- scanner cérébral ;
- IRM.



Consultation de pédicure-podologue.

Consultation de dermatologie.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Texte non paru au Journal officiel.