

# Programme cantonal Diabète

## Feuille de route 2016

**Titre du projet : Organisation Régionale DIABETE Nord Broye**

**Chef-fe de projet / Equipe** : Christine Panchaud, Cheffe de projet / Christine Sandoz, Coordinatrice Diabète

Tél : 024 424 11 00 / courriel : [christine.sandoz@rsnb.ch](mailto:christine.sandoz@rsnb.ch)

**Responsable au niveau du Programme cantonal Diabète (PcD)** : Léonie Chinet

## 1 Description du projet et objectifs 2016

### 1.1 Description

Historiquement, le Réseau Santé Nord Broye (RSNB) propose déjà plusieurs prestations spécifiques pour les patient-e-s diabétiques. Le RSNB bénéficie de la présence sur son territoire de quatre diabétologues, un pôle spécialisé, 3 sites de cours d'éducation thérapeutique, 2 sites de cours DIAFit, 12 infirmières en diabétologie, une plateforme diabète pour les professionnel-le-s. De plus, les professionnel-le-s impliqué-e-s ont déjà développé une culture de collaboration interprofessionnelle.<sup>1</sup> C'est pourquoi le modèle proposé est basé sur les compétences et prestations déjà présentes dans le RSNB et diffère du cadre cantonal VDiab tout en respectant les exigences décrites dans ce document.

---

<sup>1</sup> Par « collaboration interprofessionnelle » nous entendons « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnel-le-s de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des client-e-s/patient-e-s et pour le plus grand bien des client-e-s/patient-e-s. [...] Elle passe par la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes » D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. Janv 2005;19(s1):116-131.

L'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye représente **un outil supplémentaire pour renforcer le dispositif déjà en place**, afin de faciliter et améliorer l'accompagnement des patient·e·s diabétiques du Nord vaudois et de la Broye, quels que soient l'âge des patient·e·s, le type et le stade de diabète. Il est **construit sur les compétences et prestations déjà présentes dans le RSNB**.

**Le ou la patient·e et le ou la médecin de premier recours, avec l'équipe du cabinet médical sont au cœur du dispositif.**

Le dispositif **identifie clairement l'ensemble des autres compétences disponibles** : médecins diabétologues-endocrinologues, infirmiers ou infirmières clinicien·ne·s en diabétologie, infirmiers ou infirmières ressource en diabétologie, diététicien·ne·s, pharmacien·ne·s, podologues, maître·sse·s de sport adapté ou physiothérapeutes formés pour l'accompagnement socio-thérapeutique des diabétiques.

L'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye est structurée en fonction du niveau de complexité des cas. Le dispositif propose ainsi différents niveaux d'accompagnement socio-thérapeutique des patient·e·s diabétiques en tenant compte des stades d'évolution du diabète, qui nécessitent chacun des compétences et des organisations différentes.

Les prestations cliniques et activités suivantes sont définies dans le cadre de cette organisation :

- des consultations individuelles dans le cadre de suivis multidisciplinaires,
- des cours et des ateliers pour les patient·e·s,
- des consiliums
- des prestations conjointes
- des échanges réguliers entre professionnel·le·s

Le dispositif prévoit aussi une amélioration de l'information aux patient·e·s et aux professionnel·le·s du RSNB, ainsi qu'un appui aux prestataires de services, selon les besoins pour chaque situation : bilan, prise en charge précoce, situations complexes, etc. Les collaborations sont formalisées et des outils communs sont mis à disposition pour faciliter la communication entre soignant·e·s.

Le financement du Canton dans le cadre du PcD devra permettre, dans la phase de mise en place, de doter toutes les régions du RSNB des mêmes prestations et d'en développer d'autres, celles-ci, une fois développées, seront par la suite financées en grande partie par les assurances maladie.

L'Organisation Régionale doit apporter des réponses à **trois niveaux** :

- Patient·e·s (accès équitable à des soins et un accompagnement de qualité, basés sur les besoins et attentes des patient·e·s et de leur entourage)
- Soignant·e·s (soutien aux soignant·e·s, tant médicaux que paramédicaux, application des RPC (Recommandations pour la pratique clinique))
- Organisationnel (structuration et fonctionnement du RSNB, respect des objectifs fixés, financement)

Ainsi l'Organisation Régionale s'inscrit dans une perspective **d'intégration et de qualité des soins** ; elle pose le **principe de la complémentarité**. Il est conçu de façon à formaliser et renforcer les compétences et les collaborations interprofessionnelles déjà fonctionnelles.

### **L'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye**

- Intègre des prestataires de premier recours et des prestataires spécialisés, indépendants ou institutionnels (y compris les soins à domicile).
- Applique les RPC, en tenant compte des attentes du ou de la patient·e et de l'expérience du ou de la soignant·e ou d'autres prestataires.
- Prévoit une **charte de collaboration** (ou autre appellation, à préciser par la suite avec les partenaires du RSNB) pour permettre de fédérer les prestataires spécialisés formellement impliqués dans l'Organisation Régionale et structurer les collaborations. Ce document est développé avec les partenaires du RSNB ; il précise les points suivants :
  - Les valeurs communes partagées par les signataires
  - Les modalités générales de collaboration
  - Les pratiques professionnelles
  - Le système d'information (y compris la collecte et le partage de données statistiques communes)

### **1.2 Plus-values**

- Les ressources et compétences disponibles sont utilisées de façon optimale et le réseau peut être renforcé de façon ciblée.
- L'accès aux soins et à l'accompagnement pour les patient·e·s diabétiques est assuré équitablement sur l'ensemble du territoire, tout en assurant une utilisation rationnelle des ressources.
- Tou·te·s les patient·e·s diabétiques, quel que soit le stade de leur maladie, bénéficient du dispositif.
- Une meilleure communication entre prestataires, notamment au moyen du dossier informatisé du ou de la patient·e, de l'utilisation d'outils communs et de moments d'échange formatifs entre professionnel·le·s, permet une meilleure concertation entre prestataires et une vision globale de la situation de chaque patient·e.
- Le suivi coordonné des patient·e·s est facilité.

### 1.3 Vue d'ensemble du dispositif (voir schéma de meilleure qualité dans le document joint)

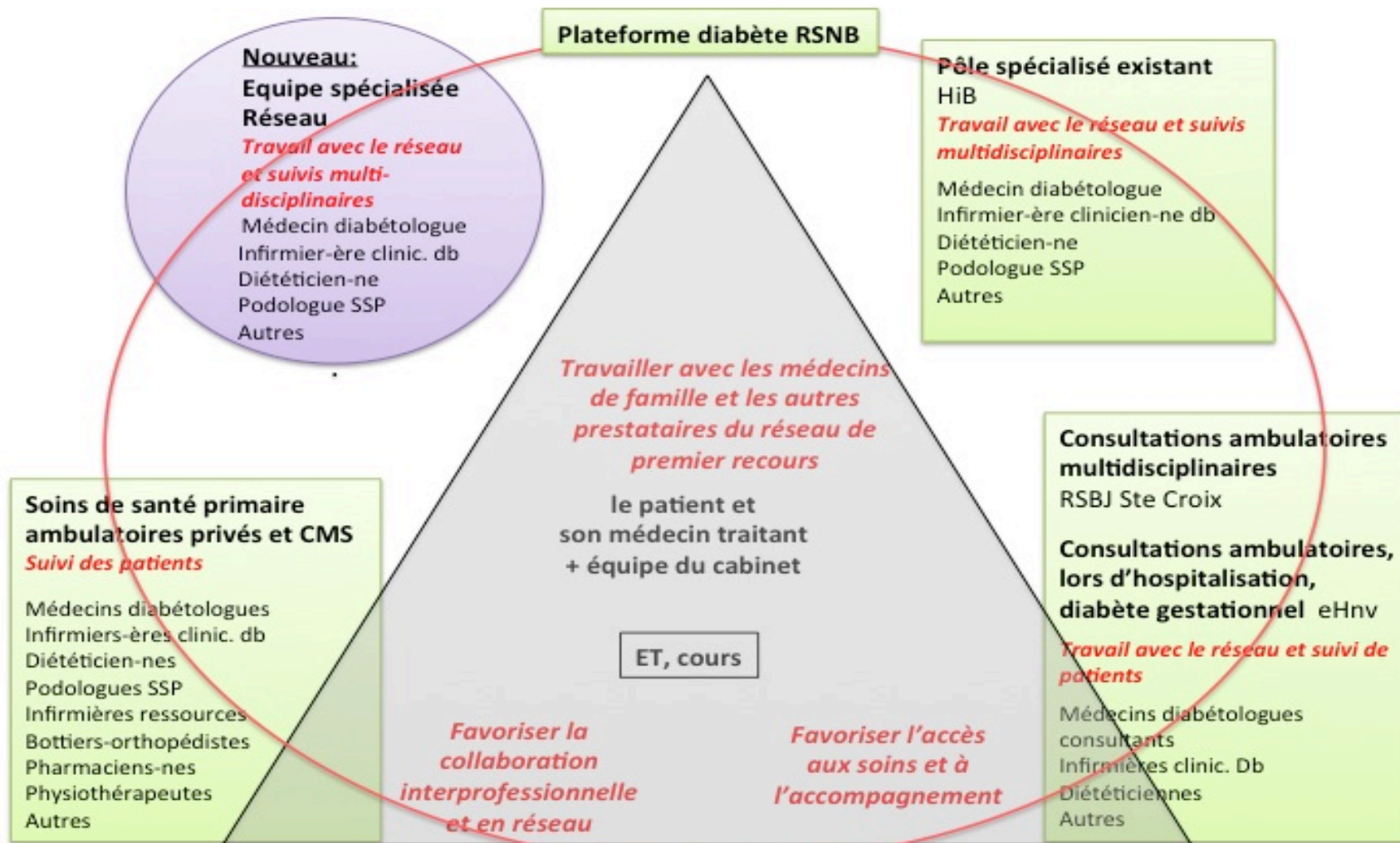
- L'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye est structurée en fonction du niveau de complexité des cas, selon la pyramide de Kaiser.
- Le ou la médecin de premier recours est le ou la médecin référent·e pour le ou la patient·e ; il ou elle collabore avec les partenaires de première ligne, les équipes des différents cours, le pôle spécialisé ou l'Equipe spécialisée Réseau en fonction des besoins des patient·e·s.
- Le Pôle spécialisé (déjà existant) est appelé à intervenir en appui au réseau, selon les besoins pour chaque situation. Il offre notamment les prestations suivantes : bilan, plan de traitement, consultation en suivi multidisciplinaire, prestations conjointes et formation des patient·e·s. Par sa localisation, il couvre en principe le bassin de population de la Broye. La particularité du pôle est que toutes les prestations (consultations et cours) sont délivrées au même endroit. Cela comporte des avantages (en termes de coordination) et des désavantages (grande centralisation des prestations et nécessité pour les patient·e·s de se déplacer plus loin).
- L'Equipe spécialisée Réseau (à mettre sur pied) est appelée à couvrir le reste du territoire du RSNB. Elle fédère et organise des professionnel·le·s spécialisé·e·s déjà actifs et actives dans le Réseau (Pratique privée, Centres Médico Sociaux (CMS) et hôpitaux) ; il est prévu qu'elle inclue au moins : 1 médecin diabétologue, 1 infirmier ou infirmière clinicien·ne en diabétologie, 1 diététicien·ne, 1 podologue, 1 pharmacien·ne (conformément au schéma du cadre cantonal VDiab, page 11). Cette équipe est appelée à "[offrir] des prestations multidisciplinaires coordonnées et concertées". (VDiab page 12). Elle offre notamment les prestations suivantes : bilan, plan de traitement, consultation en suivi multidisciplinaire, prestations conjointes.

Le concept d'Equipe spécialisée Réseau a été élaboré avec les professionnel·le·s concerné·e·s pendant la phase de construction du projet (2015). Il jouit de leur adhésion.

Cette équipe intervient au même titre que le Pôle spécialisé, en appui au réseau existant, à la demande des professionnel·le·s, prioritairement les médecins généralistes, en fonction des besoins de chaque situation : bilan, plan de traitement, ou pour assurer les suivis multidisciplinaires.

La particularité de l'Equipe spécialisée Réseau est qu'elle ne contribue qu'aux suivis multidisciplinaires, les offres de cours étant déjà assurées par différentes équipes interprofessionnelles coordonnées par le Réseau. L'avantage de ce fonctionnement est que les prestations sont assurées de façon décentralisée dans des localisations multiples, ce qui permet d'améliorer l'accessibilité des prestations pour les patient·e·s et de couvrir un territoire plus étendu ; de plus il permet de travailler avec les professionnel·le·s déjà en place. Le désavantage est qu'il demande des activités de coordination plus intenses. Avec la mise en place de l'Equipe spécialisée Réseau, l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye propose la formalisation du fonctionnement sous forme d'équipe au sens de VDiab.

- Le RSNB est en charge de la mise en place et de la coordination de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye : le développement de l'Organisation Régionale et sa coordination se feront sous l'égide du RSNB afin d'assurer la cohérence de l'organisation et une bonne utilisation des ressources disponibles dans le cadre du PcD.



## Objectifs

Les **objectifs généraux** de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye sont :

- Améliorer la qualité de vie des patient·e·s diabétiques sur l'ensemble du territoire du RSNB, en évitant ou réduisant les complications de la maladie.
- Donner aux patient·e·s les moyens d'être autonomes dans la gestion de leur maladie.

Les **objectifs spécifiques** de cette Organisation sont :

1. Travailler avec les médecins de famille et les autres prestataires du réseau de premier recours dans les soins et l'accompagnement des patient·e·s diabétiques, en facilitant leur accès à des compétences spécifiques.
2. Assurer aux patient·e·s diabétiques un accès facilité aux prestations spécialisées et aux suivis multidisciplinaires sur l'ensemble du territoire du RSNB, en fonction du stade de la maladie.
3. Favoriser le travail en réseau et la collaboration interprofessionnelle, la coordination, la continuité et la qualité des soins et de l'accompagnement des patient·e·s.
4. Favoriser la détection des complications de la maladie, ainsi qu'un accompagnement socio-thérapeutique selon la situation.

## Objectifs pour 2016

1. Positionner clairement le Pôle spécialisé de l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) dans l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye.
2. Constituer *l'Equipe spécialisée Réseau* et formaliser ses modes de travail en partenariat avec le réseau existant ; la positionner clairement par rapport aux autres professionnel·le·s du Réseau impliqué·e·s dans les soins et l'accompagnement des patient·e·s diabétiques, en priorité les médecins généralistes.
3. Formaliser, faciliter et renforcer les collaborations et les échanges interprofessionnels à 3 niveaux : métier, suivi des patient·e·s, fonctionnement du Réseau.
4. Améliorer la communication entre prestataires dans l'attente du dossier informatisé.
5. Favoriser la récolte de données par les professionnel·le·s et l'échange de celles-ci entre eux.
6. Favoriser l'application des RPC.
7. Améliorer l'information aux patient·e·s et aux professionnel·le·s quant aux compétences et prestations déjà disponibles sur le territoire du RSNB.
8. Offrir les cours d'éducation thérapeutique à La Vallée de Joux et à Moudon.

## 2 Région périphérique de déploiement

L'enjeu est de couvrir un territoire relativement étendu, structuré en plusieurs régions, dont certaines assez excentrées rendant les déplacements d'une région à l'autre difficiles pour les patient·e·s.

Ainsi, le dispositif devra assurer l'accès à des compétences spécialisées dans chaque région du territoire : Yverdon-les-Bains et ses alentours, Pied du Jura, Vallée de Joux, Broye. Dans certaines régions du RSNB, il s'agit avant tout de formaliser et renforcer l'existant. Dans d'autres régions (Pied du Jura, Vallée de Joux et Moudon), des manques plus importants ont été identifiés et devront être couverts dans le cadre du dispositif.

## 3 Contextes et arguments pour le projet : (Quel est le contexte du projet ? Quel est l'élément déclencheur du projet ? Sur quels besoins s'appuie-t-il ? Des projets similaires existent-ils déjà ?)

### 3.1 Dispositif existant

Depuis plusieurs années, le RSNB est actif dans l'organisation de la réponse au diabète et un certain nombre de prestations et structures existent déjà. En 2000, une coordinatrice diabète est engagée par les Réseaux de soins en place à ce moment et une plateforme diabète réunissant les équipes d'éducation thérapeutique régionales est créée.<sup>2</sup> Plus tard, cette plateforme sera renforcée par d'autres professionnel·le·s (plusieurs médecins diabétologues et généralistes, des infirmières cliniciennes, 1 diététicienne, 1 podologue et 1 pharmacien). Ses objectifs sont :

- d'assurer la coordination des prestations régionales et la coordination avec le PcD,
- d'assurer la mise en place des actions régionales,
- de favoriser le développement des compétences de chaque partenaire.

Les rencontres périodiques (3x/an) permettent des échanges, des réflexions et des concertations entre professionnel·le·s du Réseau sur les réponses à donner au diabète. Cette plateforme a permis des réalisations comme : un répertoire tenu à jour des soignant·e·s impliqué·e·s dans l'accompagnement socio-thérapeutique des patient·e·s du RSNB,<sup>3</sup> le classeur « le diabète expliqué », la mise sur pied d'un dispositif de prise en charge au sein du cabinet médical incluant le ou la patient·e, le ou la médecin et l'infirmier ou infirmière clinicien·ne en diabétologie.<sup>4</sup>

Des cours d'éducation thérapeutique sont organisés dans trois régions du RSNB : Chamblon, Estavayer-le-Lac et Saint-Loup. Des cours DIAfit sont offerts à Estavayer-le-lac et Yverdon-les-Bains.

---

<sup>2</sup> <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/membres-de-la-plateforme>

<sup>3</sup> [https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/system/files/2014/08/repertoire\\_soignants\\_diabete\\_rnb.pdf](https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/system/files/2014/08/repertoire_soignants_diabete_rnb.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/capdiab>

De plus, la région est bien dotée en infirmiers et infirmières clinicien·ne·s en diabétologie et en infirmiers et infirmières ressources en diabétologie, soit un total de 12 personnes, employées par les CMS, les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), l'HIB et le Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ).

### **3.2 Etat des lieux des besoins et attentes**

Dans le cadre du Pcd, la volonté étant de construire sur l'existant, la première étape, réalisée en 2015, a consisté à établir un état des lieux détaillé des ressources, compétences et prestations existantes, des besoins non couverts, des attentes de l'ensemble des professionnel·le·s de santé concerné·e·s ; et des pistes prioritaires pour la mise en place d'une organisation régionale.

Lors des séances de la plateforme diabète, des groupes de travail et des entretiens avec les prestataires du Réseau (liste en annexe 1), les attentes et besoins suivants ont pu être identifiés :

Accès aux prestations, visibilité de l'offre et bonne utilisation des ressources

1. Les médecins de famille doivent rester au cœur du dispositif ; le rôle des spécialistes doit être clairement identifié.
2. Les professionnel·le·s du réseau de premier recours manquent d'information quant aux prestations et aux compétences spécialisées disponibles. Une meilleure information permettrait aussi de renforcer le travail en réseau. Un numéro d'information central serait bénéfique. Il pourrait aussi aider à l'orientation des patient·e·s et à une bonne utilisation des compétences présentes.

Communication entre soignant·e·s et suivi des patient·e·s

3. Des difficultés de communication entre les partenaires pour assurer le suivi du ou de la patient·e·lorsque plusieurs soignant·e·s interviennent. Des documents de transmission simples et faciles à remplir sont nécessaires, en attendant la mise en place du dossier informatisé.

Renforcement du Réseau et de l'offre

4. Le Réseau devra être renforcé avec des soignant·e·s supplémentaires si, comme il est prévu, plus de patient·e·s sont pris·e·s en charge et les professionnel·le·s de premier recours sont plus nombreux et nombreuses et font plus appel aux compétences des spécialistes. Les infirmiers et infirmières clinicien·ne·s en particulier vont rapidement arriver à saturation. Il s'agira de définir quelles sont les ressources spécialisées à ajouter en fonction des besoins qui seront identifiés.
5. Les transitions (sorties d'hôpital) sont parfois problématiques et il faut envisager un renforcement de la transmission d'information lors des entrées et sorties d'hôpital.
6. Certaines prestations essentielles (cours d'éducation thérapeutique ou autres cours, cuisine, activité physique, consultations par les podologues...) manquent dans certaines régions plus excentrées du RSNB (La Vallée de Joux, Moudon...) et doivent être offertes.
7. Un piquet doit être organisé pour les urgences, en collaboration avec le Pcd.



Prestations non remboursées par la LAMal

8. Des solutions doivent être trouvées pour financer les prestations pas (totalement) remboursées par la LAMal (podologues, supervision des infirmiers et infirmières clinicien-ne-s et des autres intervenant-e-s paramédicaux et paramédicales, soutien au Réseau, lunches pratiques non sponsorisés, consilium).

Structuration et fonctionnement du Réseau

9. Les compétences spécialisées existantes ou prévues doivent être reconnues et clairement identifiées. Le réseau de première ligne, notamment les médecins généralistes, doit être informé activement des prestations proposées, tout en gardant le choix dans la manière d'y recourir.
10. Il faut de façon générale améliorer les interfaces, les collaborations, la coordination, et préciser la place et les rôles de certaines professions (les pharmaciens-ne-s, les assistant-e-s médicaux-et médicales, les infirmiers et infirmières spécialisé-e-s ambulatoires/hospitaliers et hospitalières...).
11. L'organisation des soins du pied diabétique doit être améliorée et les rôles et les collaborations des différent-e-s soignant-e-s impliqué-e-s précisés.

Articulation entre partenaires au niveau cantonal

12. Il est important de rester attentifs et attentives aux travaux menés dans tout le canton et notamment veiller à s'insérer dans les réflexions menées ailleurs que dans le RSNB, dans les groupes de travail (CMS et dans le cadre du PcD).

### 3.3 Solutions en regard des besoins identifiés et des ressources existantes

Des propositions de solutions ont été élaborées avec les professionnel-le-s du Réseau impliqué-e-s dans le traitement et l'accompagnement des patient-e-s diabétiques, tout au long du processus de développement du projet de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye. Elles ont été intégrées dans le plan de travail proposé plus bas.

L'état des lieux montre qu'un **pôle spécialisé** existe déjà au HIB (Estavayer-le-Lac et Payerne) ; il répond aux besoins de la Broye. L'ériger en pôle unique pour l'ensemble du Réseau ne permettra pas un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire du RSNB.

Créer un second pôle spécialisé ne semble pas correspondre à la meilleure utilisation des ressources mises à disposition par le PcD pour atteindre les objectifs fixés d'une réponse renforcée au diabète. Comme déjà mentionné, des compétences et des collaborations interprofessionnelles déjà bien développées existent dans le RSNB, notamment avec les infirmiers et infirmières clinicien-ne-s et les médecins diabétologues intervenant déjà comme consultant-e-s réguliers et régulières dans les différents hôpitaux de la région.

Une **Equipe spécialisée Réseau**, pourra répondre aux besoins du reste du territoire du RSNB.

Des discussions sur les missions et le fonctionnement de cette équipe, ainsi que sur les prestations cliniques qu'elle doit pouvoir fournir, ont été entamées avec les professionnel-le-s directement concerné-e-s, notamment dans le cadre des consultations menées auprès de professionnel-le-s pour développer le concept de cette Organisation Régionale.

Les missions de cette équipe sont :

- a) un appui direct aux prestataires du Réseau aux différents stades de la maladie et en fonction des besoins des patient-e-s
- b) des interventions pour les suivis multidisciplinaires
- c) une contribution « métier » à l'échange d'expériences, connaissances et bonnes pratiques

Ce concept a obtenu l'adhésion des professionnel-le-s concerné-e-s, sous réserve d'une co-construction. La nécessité d'une certaine mobilité pour apporter certaines prestations sur tout le territoire sera à inclure dans les réflexions.

Sur le plan structurel, l'Organisation Régionale doit donc :

- Veiller à ce que le ou la patient-e, le ou la médecin de famille et l'équipe du cabinet soient au cœur du dispositif
- Reconnaître et valoriser les acteurs spécialisés
- Reconnaître et identifier clairement le Centre Cardio-métabolique du HiB comme **pôle spécialisé** pour répondre aux besoins de la population de la Broye.
- Formaliser le concept **d'Equipe spécialisée Réseau** pour couvrir le reste du territoire du RSNB.
- Renforcer la coordination entre les infirmiers et infirmières clinicien-ne-s hospitaliers et hospitalières et ceux et celles des CMS.
- Mettre en place des prestations d'information, de sensibilisation et de formation aux professionnel-le-s, pour favoriser l'application des RPC.
- Mettre en place une solution pour la supervision des professionnel-le-s, notamment pour les infirmiers et infirmières clinicien-ne-s et autres paramédicaux.
- Poursuivre les réflexions au sein de la plateforme diabète existante, redéfinir son insertion dans l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye (rôles, composition, fonctionnement).
- Organiser un Comité de pilotage dans lequel les institutions et les professionnel-le-s partenaires sont représenté-e-s et se rencontrent le temps de la mise en place du dispositif pour piloter la stratégie globale.

#### 4 Public cible (nombre de personnes, patient·e-s ou soignant·e-s concerné·e-s)

L'Organisation Régionale DIABETE Nord-Broye vise trois publics cibles : la population générale, les patient·e-s diabétiques et les professionnel·le-s du RSNB.

##### **Population générale**

Le dispositif doit renforcer ses actions de dépistage pour informer la population générale du risque de diabète. Le bassin de population du RSNB, sans la Broye fribourgeoise, est estimé à 147'710 habitant·e-s (chiffres 2016). Le pourcentage de diabétiques est estimé à 5.4%, soit 7'976 personnes ; à cela s'ajoute 1.6% de personnes qui ignorent leur maladie, soit 2'800 personnes. D'où l'importance du dépistage et de la prise en charge précoces, car plus tôt la maladie est traitée, plus les risques de complications diminuent.

Un axe de travail de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye vise aussi la collaboration interprofessionnelle dans les cas de diabètes débutants. Aucune cible chiffrée en termes de patient·e-s n'est établie pour 2016.

##### **Patient·e-s diabétiques suivi·e-s par l'Organisation Régionale DIABETE Nord-Broye en 2016 (5.4% de la population générale Nord vaudois et Broye vaudoise)**

L'Organisation Régionale doit permettre un accompagnement socio-thérapeutique optimal des patient·e-s diabétiques selon le stade de la maladie et avec un suivi selon les critères fixés par le Pcd pour 2016<sup>5</sup>:

- **209 patient·e-s à risques modérés** demandant un accompagnement socio-thérapeutique standard
- **128 patient·e-s à hauts risques** demandant un accompagnement socio-thérapeutique coordonné
- **32 situations complexes** demandant un accompagnement socio-thérapeutique intensif et multidisciplinaire<sup>6</sup>

L'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye doit porter une attention particulière aux personnes présentant une situation médico-psycho-sociale complexe, une perte d'autonomie et/ou une situation de précarité.

---

<sup>5</sup> Ces critères ont été établis pour favoriser les suivis multidisciplinaires. Seul·e-s les patient·e-s correspondant à ces critères pourront être décompté·e-s dans le cadre de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye. Pour 2016 : 2 consultations spécialisées, en plus du médecin traitant, pendant l'année en cours, soit :

- le ou la patient·e a vu 1 même spécialiste (médecin diabétologue, infirmier ou infirmière clinicien·ne en diabétologie, podologue ou diététicien·ne) pour au minimum 2 consultations sur l'année, ou
- au minimum 2 spécialistes différent·e-s pendant l'année.

<sup>6</sup> Les cibles sont fixées par le Pcd en fonction du budget alloué par le canton en 2016 ; elles seront adaptées si le budget est plus bas que prévu.

### **Les soignant·e·s du RSNB**

Potentiellement, l'ensemble des soignant·e·s du RSNB sont concerné·e·s par l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye. Concerné·e·s au premier chef :

- Les médecins de famille et les autres prestataires du Réseau de premier recours ou spécialistes,<sup>7</sup> qui contribuent directement au renforcement de la prise en charge du diabète dans le cadre du dispositif et selon les critères de suivi fixés par le PcD, sont aussi compté·e·s. Aucune cible chiffrée n'a été fixée pour 2016.
- Pôle spécialisé HIB (en place) : 1 médecin endocrinologue, 1 médecin assistant·e, 4 infirmiers ou infirmières en diabétologie, 5 diététicien·ne·s, 2 psychologues, 2 chirurgien·ne·s orthopédistes, 1 maître·sse·s de sport, soit 16 personnes.
- Equipe spécialisée Réseau (à créer) : elle réunira suffisamment de professionnel·le·s pour pouvoir fonctionner en tournus : 3 diabétologues, 3 infirmiers ou infirmières clinicien·ne·s, 3 diététicien·ne·s, 2 podologues et 3 pharmacien·ne·s, soit 14 personnes.
- Equipe cours d'éducation thérapeutique de Chamblon, d'Estavayer-le-lac et de Saint-Loup (en place) : diabétologues, diététicien·ne·s, infirmiers ou infirmières clinicien·ne·s en diabétologie (en place).
- Equipe des cours DIAFit d'Estavayer-le-Lac et Yverdon-les-Bains (en place) : physiothérapeutes, diabétologues, diététicien·ne·s, infirmiers ou infirmières clinicien·ne·s en diabétologie.
- Equipe des cours EVIVO (en place) : un·e soignant·e et un·e patient·e formé·e·s.

## **5 Partenaires du dispositif et prestations cliniques**

**Médecins de famille, internistes, généralistes** (cabinet privé et hôpital) : suivi de l'ensemble de la situation des patient·e·s au plan médical ; l'équipe du cabinet - notamment les assistant·e·s médicaux ou médicales - peut participer à ce suivi.

**Médecins diabétologues** (cabinet privé et hôpital) : évaluation de la situation des patient·e·s sous l'angle spécifique du diabète, suivi pour les situations complexes et/ou appui des autres professionnel·le·s du Réseau, à leur demande, aux différents stades du diabète, en fonction des besoins des patient·e·s et pour les diabétiques de type 1, contribution aux cours et ateliers, supervision pour les différent·e·s professionnel·le·s médicaux et paramédicaux.

**Infirmiers et infirmières clinicien·ne·s en diabétologie** (CMS et hôpital) : conseils et enseignement aux patient·e·s pour la compréhension et gestion de leur diabète, évaluation des situations, rôle de référence et de formation pour leurs collègues des soins, appui et collaboration avec le réseau de premier recours et les soins à domicile, contribution aux cours et ateliers.

---

<sup>7</sup> Les soignant·e·s spécialisé·e·s sont les diabétologues, infirmiers et infirmières clinicien·ne·s en diabétologie, infirmiers et infirmières ressource en diabétologie, diététicien·ne·s, podologues, pharmacien·ne·s, physiothérapeutes, médecins spécialisé·e·s (ophtalmologues, néphrologues, cardiologues, neurologues, psychiatres), maître·se·s de sport adapté.

**Infirmiers et infirmières ressource en diabétologie** (CMS et hôpital) : enseignement aux patient·e·s pour la compréhension et gestion de leur diabète.

**Diététicien·ne·s** (cabinet privé et hôpital) : conseils, enseignement aux patient·e·s et suivi pour les aider à repenser l'alimentation, rôle de référence au niveau nutrition du ou de la patient·e diabétique, contributions aux cours et ateliers.

**Podologues** (cabinet privé) : professionnel·le·s prenant soin des pieds des diabétiques dès le début du diabète pour éviter les complications, intervenant au besoin lors des cours.

**Pharmacien·ne·s** : souvent le ou la professionnel·le le plus souvent en contact avec les patient·e·s, conseil aux patient·e·s sur la façon de prendre les médicaments, orientation dans le Réseau, action de prévention et dépistage.

**Maître·sse·s de sport adapté** : conseil et suivi en activité physique, interventions dans les ateliers et cours spécifiques.

**Physiothérapeutes DIAfit** : conseil et suivi en activité physique dans le cadre de DIAfit.

#### **Les équipes constituées et groupes de travail :**

- Equipe cours d'éducation thérapeutique de Chamblon, d'Estavayer-le-lac et de Saint-Loup
- Equipe des cours DIAfit d'Estavayer-le-Lac et Yverdon-les-Bains
- Equipe des cours EVIVO
- Equipe des cours de sensibilisation à l'éducation thérapeutique pour les professionnels·le·s
- Groupes de travail cantonaux

#### **Les partenaires institutionnels**

- RSNB : coordination générale et gestion de projet et administrative de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye
- PcD : coordination cantonale et support aux réseaux
- Hôpitaux : participation à l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye, notamment par le biais des infirmiers et infirmières clinicien·ne·s en diabétologie (co-organisation et mise à disposition de locaux pour les cours)
- CMS (ASPMAD et ABSMAD): participation à l'organisation régionale DIABETE Nord Broye, notamment par le biais des infirmiers et infirmières clinicien·ne·s en diabétologie
- Associations professionnelles concernées (Médecins de famille, pharmacien·ne·s) : relais avec les membres, communication

## 6 Activités et résultats attendus en termes de prestations 2016-2018 :

### 6.1 Activités

Objectifs spécifiques	Activités/actions	Moyens/outils/ressources
<b>Objectif 1</b> Favoriser le travail en réseau et multidisciplinaire, la coordination, la continuité et la qualité des soins et de l'accompagnement des patient-e-s	1. Structuration et coordination du Réseau 2. Fédération des ressources et des compétences existantes dans le Réseau 3. Intégration du pôle spécialisé existant (HIB) dans l'Organisation Régionale 4. Mise sur pied de l'Equipe spécialisée Réseau, à constituer avec les professionnel-le-s spécialisé-e-s déjà impliqué-e-s dans le Réseau 5. Intégration des équipes des différents cours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration d'une charte de collaboration diabète pour le RSNB et promotion de sa signature auprès des soignant-e-s du Réseau</li> <li>• Animation de la plateforme diabète avec représentation des différentes professions et institutions contribuant à un renforcement de la prise en charge des patient-e-s diabétiques</li> <li>• Participation aux rencontres de coordination cantonale</li> <li>• Réunions par profession, ciblées sur leurs rôles spécifiques dans la collaboration au sein de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye (pharmacien-ne-s, infirmiers et infirmières de liaison, infirmiers et infirmières clinicien-ne-s, infirmiers et infirmières soins généraux, assistant-e-s médicaux et médicales, etc.)</li> <li>• Disponibilité des infirmiers et infirmières clinicien-ne-s des CMS à mener une partie des activités prévues par cette organisation dans les cabinets des généralistes</li> </ul>
	6. Organisation de rencontres <i>métier</i> entre professionnel-le-s (favoriser les liens et échanges de connaissances et d'expériences)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lunches pratiques, non sponsorisés par l'industrie pharmaceutique</li> <li>• Forums régionaux et cantonaux</li> <li>• Contributions lors de colloques et rencontres professionnelles</li> </ul>
	7. Information à l'ensemble du Réseau des prestations et compétences disponibles (existantes et nouvelles) au sein du Réseau et sur le fonctionnement de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste à jour des professionnel-le-s disponibles dans le Réseau et communication active de cette liste (sites internet, courriers ciblés, brochures...)</li> <li>• Liste et calendrier des prestations disponibles largement communiqués aux professionnel-le-s</li> <li>• Information et promotion des ressources et compétences disponibles lors des colloques d'équipe et réunions professionnelles</li> </ul>
	8. Promotion de l'utilisation d'outils de communication communs à tou-te-s les intervenant-e-s (outils existants, voire à adapter ou élaborer en cas de besoin) pour faciliter les échanges d'information entre soignant-e-s	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande d'accompagnement socio-thérapeutique et retour d'information au demandeur</li> <li>• Suivi lors d'entrées et sorties d'hôpital pour assurer la continuité des soins</li> </ul>

Objectifs spécifiques	Activités/actions	Moyens/outils/ressources
	9. Mise en place d'une supervision disponible pour les intervenant-e-s (à la demande)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation d'un projet à discuter au sein de la plateforme et avec les spécialistes du pôle spécialisé et de l'Equipe spécialisée Réseau</li> </ul>
	10. Amélioration de l'accompagnement socio-thérapeutique du pied diabétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de travail régional (sur qui fait quoi au sein de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye)</li> <li>• Diffusion des résultats de ce groupe de travail</li> </ul>
	11. Promotion de l'application des recommandations cliniques (RPC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre entre professionnel-le-s, colloques d'équipes, consilium, toute autre occasion pertinente d'échange entre professionnel-le-s</li> <li>• Mise à disposition des soignant-e-s d'une check-list pour suivi multidisciplinaire (historique de tous les soins reçus/prestations et à programmer, gérable par l'assistant-e médical-e)</li> </ul>
<p><b>Objectif 2</b> Assurer aux patient-e-s diabétiques un accès facilité aux prestations spécifiques sur l'ensemble du Réseau, en fonction du stade de la maladie</p>	<p>12. Mise à disposition d'information pour les patient-e-s sur les prestations et compétences présentes dans le Réseau et sur le fonctionnement de l'Organisation Régionale</p> <p>13. Information donnée aux professionnel-le-s pour faciliter l'orientation des patient-e-s</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste à jour des professionnel-le-s disponibles dans le Réseau et communication active de cette liste (sites internet, courriers ciblés, brochures...)</li> <li>• Liste et calendrier des prestations disponibles largement communiqués auprès des professionnel-le-s et des patient-e-s</li> <li>• Brochures chez les professionnel-le-s, à disposition des patient-e-s</li> <li>• Sites internet</li> <li>• Mise en place et gestion d'un numéro central d'appel d'information pour les patient-e-s et la population générale quant aux prestations et compétences disponibles</li> </ul>
	14. Organisation de cours là où ils manquent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cours d'éducation thérapeutique, activité physique et alimentation à créer et promouvoir à La Vallée de Joux et à Moudon</li> </ul>
	15. Promotion des cours existants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répertoire plus complet, aide à l'orientation pour les cours d'activité physique spécifiques existants : Pas de retraite pour ma santé, Activité physique adaptée (APA), Programme ça marche, Paprika, etc.</li> </ul>
	16. Amélioration de l'accès à certains soins spécialisés, podologie notamment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliatif à envisager au non remboursement par la LAMal</li> <li>• Offre à organiser pour La Vallée de Joux</li> </ul>
	17. Renforcement du rôle d'information des assistant-e-s médicaux et médicales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation de médecins généralistes</li> <li>• Cours de formation avancée (module brevet fédéral) / sensibilisation des assistant-e-s médicaux et médicales</li> <li>• Check-list pour les assistant-e-s médicaux et médicales</li> </ul>

Objectifs spécifiques	Activités/actions	Moyens/outils/ressources
<b>Objectif 3</b> Favoriser la détection et un accompagnement socio-thérapeutique précoce afin de prévenir les complications	18. Information au public quant aux prestations et fonctionnement de l'Organisation Régionale et sur le Programme cantonal 19. Campagnes de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions diverses lors de la journée mondiale du diabète</li> <li>• Soirées d'information diabète « grand public »</li> <li>• Stands d'information ou interventions lors d'autres manifestations publiques dans le Réseau</li> <li>• Sites informatifs, AVD, PcD, RSNB</li> </ul>
	20. Sensibilisation des soignant·e·s de première ligne (cabinets, soins à domicile, paramédical)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors de rencontres entre professionnel·le·s, lanches pratiques, colloques ou conférences, toute autre occasion pertinente d'échange entre professionnel·le·s</li> </ul>
	21. Accompagnement socio-thérapeutique des enfants diabétiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre pour état des lieux avec les pédiatres (besoins et manières de travailler dans la région)</li> <li>• Evaluation du besoin/pertinence de l'organisation pour des activités destinées aux enfants</li> </ul>
<b>Objectif 4</b> Travailler en interaction avec les médecins de famille et les autres prestataires du réseau de premier recours dans les soins et l'accompagnement des patient·e·s diabétiques, en facilitant leur accès à des compétences spécialisées	22. Mise à disposition d'une information à jour sur les compétences spécifiques disponibles dans le Réseau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place et gestion d'un numéro central d'appel d'information pour les patient·e·s et la population générale quant aux prestations et compétences disponibles</li> </ul>
	23. Mise à disposition d'information à jour et complètes sur les prestations d'éducation thérapeutique et d'activités physiques diabète spécifiques ou activité physique en général	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des professionnel·le·s et compétences disponibles dans la région, et mode d'accès à ces ressources</li> <li>• Listes et calendrier des prestations disponibles (cours)</li> </ul>
	24. Promotion de cette offre auprès des soignant·e·s	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Courriers d'information ciblés</li> <li>• Brochures d'information pour le cabinet</li> <li>• Sites internet (RSNB, AVD)</li> <li>• Liste des brochures et autres documents disponibles sur le site du PcD</li> </ul>
	25. Appui pour l'accompagnement socio-thérapeutique et le suivi des patient·e·s	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle spécialisé</li> <li>• Equipe spécialisée Réseau</li> <li>• Promotion auprès des médecins des prestations décentralisées existantes (infirmiers et infirmières en diabétologies des CMS) et développement des consultations décentralisées spécialisées (infirmiers et infirmières en diabétologie, podologie) dans les cabinets des généralistes</li> <li>• Consilium au cabinet du médecin généraliste, à sa demande</li> </ul>
	26. Elaboration, mise à disposition / promotion d'outils pour faciliter l'application des RPC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-list « multidisciplinaire » historique de tous les soins reçus/prestations et à programmer (gérable par l'assistant·e médical·e)</li> </ul>
	27. Réflexion sur la place de l'équipe du cabinet en lien avec l'avènement de formations avancées pour les assistant·e·s médicaux et médicales et renforcement de leur rôle d'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation de médecins généralistes</li> <li>• Cours de formation/sensibilisation des assistant·e·s médicaux et médicales</li> <li>• Checklist pour les assistant·e·s médicaux et médicales</li> </ul>
	28. Accompagnement socio-thérapeutique des diabètes gestationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information auprès des gynécologues quant aux prestations disponibles (pôle spécialisé, Equipe spécialisée Réseau, professionnel·le·s spécialisé·e·s)</li> </ul>
29. Promotion de la garde cantonale (prévüe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Site informatif à jour</li> <li>• Rappel lors de toutes les réunions</li> </ul>	



## 6.2 Résultats attendus en termes de prestations en 2016

<p>L'information aux patient·e·s et aux professionnel·le·s quant aux compétences et prestations déjà disponibles sur le territoire du RSNB est améliorée. L'importance d'un diagnostic précoce est relayée auprès du grand public.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une brochure est élaborée</li> <li>• Elle est distribuée dans tous les cabinets des professionnel·le·s et institutions impliqués</li> <li>• Informations mises à jour sur le site du RSNB et des autres partenaires institutionnels de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye</li> <li>• Stands/interventions « diabète » organisés lors de 4 occasions tout public</li> <li>• 2 dépistages grand public organisés</li> </ul>
<p>Le Réseau est renforcé de façon ciblée. Les ressources et compétences disponibles sont utilisées de façon optimale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une Equipe spécialisée Réseau est constituée et fonctionnelle</li> <li>• Ses modes de travail sont formalisés</li> </ul>
<p>Les modes de fonctionnement de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye sont formalisés en partenariat avec les professionnel·le·s impliqué·e·s.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnel·le·s suivant·e·s collaborent formellement au sein de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- les équipes des cours</li> <li>- les professionnel·le·s du pôle spécialisé</li> <li>- les professionnel·le·s impliqué·e·s dans l'Equipe spécialisée Réseau</li> <li>- 20 autres professionnel·le·s (médecins de famille et spécialistes, personnel paramédical)</li> </ul> </li> </ul>
<p>Les collaborations et échanges sont formalisés et facilités à 3 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « métier »</li> <li>- suivi des patient·e·s</li> <li>- fonctionnement du Réseau (définition des rôles et manières de collaborer sur des aspects spécifiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-2 lunches (ou midi) pratiques, non sponsorisés</li> <li>• Cibles, fixées par le Pcd pour les suivis multidisciplinaires, atteintes (cf. chapitre 4 ci-dessus)</li> <li>• 2-3 groupes de travail</li> <li>• 3 séances de la plateforme RSNB diabète</li> </ul>
<p>La communication entre prestataires dans l'attente du dossier informatisé est améliorée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tou·te·s les professionnel·le·s qui collaborent formellement au sein de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye utilisent les outils de transmission d'information pour les suivis multidisciplinaires</li> </ul>
<p>Les prestataires non spécialistes (médecine ambulatoire et hospitalière) sont sensibilisés à l'importance d'une réponse précoce et connaissent mieux les RPC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-4 séances de sensibilisation/formation en hôpital et CMS</li> </ul>
<p>Les cours d'éducation thérapeutique sont disponibles à La Vallée de Joux et à Moudon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 cours organisés</li> </ul>
<p>La collecte et l'échange des données sont améliorés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tou·te·s les professionnel·le·s qui collaborent formellement au sein de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye collectent et transmettent les données demandées par le Pcd à la coordination de cette organisation</li> </ul>

## **7 Effets escomptés du projet en termes de bénéfices pour les patient·e·s :**

- La population générale est sensibilisée et plus au fait de l'importance d'une réponse précoce.
- Les patient·e·s sont mieux informé·e·s des prestations et compétences disponibles dans le RSNB.
- Leur autonomie dans la gestion de leur maladie est améliorée.
- Dès la mise en place du dossier informatisé, le ou la patient·e aura accès à l'ensemble des informations concernant son traitement.
- La collaboration entre professionnel·le·s, mieux structurée et renforcée, permet un meilleur suivi des patient·e·s (suivi multidisciplinaire, meilleure connaissance des RPC, transfert des informations amélioré lors d'hospitalisations (à l'entrée et à la sortie).
- Grâce à un accès facilité à des prestations spécialisées et une bonne insertion dans l'Organisation Régionale, le médecin généraliste peut mieux suivre ses patient·e·s.
- Le rôle des pharmacien·ne·s est clarifié (médication, action de prévention et dépistage, orientation).
- La réponse au pied diabétique est améliorée.
- Le nombre d'hospitalisations pour complications et situations aiguës diminue.

## **8 Durée prévue :**

### **2016 - 2018**

2016 : Mise en place

2017 : Consolidation

2018 : Evaluation externe et pérennisation selon évaluation

**9 Evaluation : (De quelle manière allez-vous mesurer les résultats de votre projet ? Quels sont les éléments/indicateurs que vous allez utiliser ?)**

<b>Dimensions</b>	<b>Indicateurs</b>
Patient·e·s	Nb de patient·e·s bénéficiant d'un suivi multidisciplinaire dans le cadre du dispositif (selon les critères fixés par le PcD)
Médecins de premier recours	Nb de médecins impliqué·e·s dans l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye (signataires de la charte) Nb de rencontres pour le suivi de patient·e·s (Réseau, consilium) en présence ou non du ou de la patient·e Nb de médecins ayant participé à une rencontre de formation ou d'échange professionnel
Autres professionnel·le·s (médicaux et médicales, paramédicaux et paramédicales)	Nb de professionnel·le·s impliqué·e·s dans l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye (signataires de la charte) Nb de consultations Nb de rencontres pour le suivi d'un·e patient·e (Réseau, consilium) en présence ou non du ou de la patient·e Nb de professionnel·le·s (médecine ambulatoire et hospitalière) sensibilisé·e·s aux RPC et à l'importance d'une réponse précoce Nb de sessions de supervision Nb de professionnel·le·s ayant bénéficié de supervision
Equipe d'appui de diabétologie et HIB	Nb d'interventions pour l'appui du Réseau Nb de professionnel·le·s concerné·e·s Nb de patient·e·s concerné·e·s (selon la pyramide de Kaiser)
Hôpital	Nb de professionnel·le·s non spécialisé·e·s sensibilisé·e·s (diabète sur leur radar)
Structuration du Réseau et renforcement des compétences	Nb de lanches pratiques et nb de participant·e·s aux lanches pratiques Nb de réunions de la plateforme diabète Nb de rencontres avec des professionnel·le·s pour préciser les rôles de chacun·e Nb de professionnel·le·s ayant signé la charte Diabète
Cours (population générale et patient·e·s)	Nb de cours donnés (par type de cours) et nb de cours différents (richesse de la palette offerte) Nb de participant·e·s ayant suivis les cours et séances d'information Nb et type de cours par région (couverture territoriale améliorée)
Informations, visibilité des prestations et des compétences disponibles	Nb de brochures de présentation de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye + listes tenues à jour des professionnel·le·s diabète dans le Réseau distribuées Informations sur le site internet RSNB tenues à jour et disponibles aussi sur d'autres plateformes internet Nb de manifestations régionales du RSNB ou autres où des informations diabète/stands ont été présents
Participation aux relevés statistiques diabète	Nb de professionnel·le·s utilisant les outils communs et transmettant les données demandées par le PcD

## **10 Durabilité et valorisation : (Qu'est-il prévu pour que le projet perdure ?)**

- L'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye est construite en concertation étroite avec les professionnel-le-s déjà engagé-e-s sur le terrain. Leurs besoins ont pu être pris en considération.
- L'appui aux professionnel-le-s de premier recours a été pensé dans le respect des rôles de chacun-e, et de l'utilisation optimale des ressources déjà disponibles qui pourront au besoin être renforcées de façon ciblée sur la durée du projet.
- Les mécanismes de communication et concertation déjà existants sont améliorés et sont intégrés à l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye.
- Des incitatifs financiers sont mis en place pour reconnaître et valoriser les prestations non facturables (coordination, déplacement, colloques, collectes et transmission des données, etc.).
- Les régions plus excentrées (une partie de la Broye, Pied du Jura et Vallée de Joux) bénéficient aussi de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye.

## **11 Suite à donner au projet et valorisation des résultats :**

- Premier bilan à fin 2016 et fin 2017
- Evaluation externe en 2018
- Communications dans les médias généralistes grand public
- Communication au sein du Réseau, notamment auprès des médecins de famille
- Publications/articles dans des revues professionnelles
- Interventions lors de conférences ou colloques professionnels

## **12 Mode de communication : (Quelles sont les actions prévues pour faire connaître le projet ?)**

### **Professionnels**

- Revues et journaux professionnels
- Courriers ciblés
- Lors de réunions (colloques d'équipes, assemblées, etc.)

### **Médias locaux**

- Communiqués de presse, interviews

### **Réseau**

- Réunions du Réseau
- Site internet et journal

### 13 Calendrier 2016 (à affiner avec les partenaires)

<b>Dispositif Organisation Régionale DIABETE Nord Broye 2016</b>	jan	fév	mars	avr	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc
<b>Mise en place et coordination de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye</b>												
Elaboration de la charte /signature												
Mise en place de l'Equipe spécialisée Réseau (ESR)												
Mise en place travail en réseau avec le Pôle spécialisé (PS)												
Mise en place de la supervision												
GT par profession/thématique												
Plate-forme												
COFIL												
<b>Information, communication entre et envers les professionnel-le-s</b>												
Information aux professionnel-le-s sur DIABETE Nord Broye												
Elaboration des outils de communication et d'échange entre professionnel-le-s												
Elaboration des outils de collecte de données												
Lunches pratiques pour les professionnel-le-s												
Cours de sensibilisation/formation en hôpital et CMS												
Cours de sensibilisation à l'ET (pour les professionnel-le-s)												
Forum régional												
<b>Information et cours aux patient-e-s et à la population</b>												
Information aux patient-e-s et grand public												
Brochure et site internet												
Séances d'information et lors de manifestations			1x		1x						2x	
Dépistage											2x	
Cours patient-e-s (ET, DIAfit, etc.)												

## 14 Dépenses et Budget

Pour 2016, la subvention du PcD pour l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye doit se monter à CHF 207'038.- Ce montant est calculé par le PcD, en fonction de la cible définie en nombre de patient·e·s bénéficiant d'un suivi multidisciplinaire dans le cadre de l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye, selon les critères fixés par le PcD pour 2016<sup>8</sup>, à savoir :

- **209 patient·e·s à risques modérés** demandant un accompagnement socio-thérapeutique standard
- **128 patient·e·s à hauts risques** demandant un accompagnement socio-thérapeutique coordonné
- **32 situations complexes** demandant un accompagnement socio-thérapeutique intensif et multidisciplinaire<sup>9</sup>

Le budget a été pensé en fonction des activités proposées et prévoit par conséquent :

**Pour les charges** Coordination de DIABETE Nord Broye : Cheffe de projet (20%), Coordinatrice clinique (sur mandat, équivalent à 25%) et soutien administratif (20%).

Honoraires soignant·e·s : les honoraires inscrits au budget ne concernent que la part non facturable des prestations cliniques proposées par les professionnel·le·s suivant·e·s participant au dispositif dans le cadre de suivis multidisciplinaires : médecins diabétologues, infirmières cliniciennes en diabétologie, diététiciennes et podologues. Le projet ne prévoit en effet pas l'engagement de personnel nouveau en 2016, mais de travailler avec les professionnel·le·s déjà en place, comme précisé plus haut.

Frais d'activités : tout ce qui est lié aux cours de base et aux cours pour les patient·e·s (qui n'est pas ou plus financés par les assurances depuis l'abandon du remboursement au forfait).

**Pour les produits** Prestations fournies par des tiers : aucun montant n'est inscrit à ce titre, étant donné que les charges n'incluent pas de salaire mais uniquement des honoraires pour les prestations non facturables.

---

<sup>8</sup> Ces critères ont été établis pour favoriser les suivis multidisciplinaires. Seul·e·s les patient·e·s correspondant à ces critères pourront être décompté·e·s dans le cadre l'Organisation Régionale DIABETE Nord Broye. Pour 2016 : 2 consultations spécialisées, en plus du ou de la médecin traitant·e, pendant l'année en cours, soit :

- le ou la patient·e a vu 1 même spécialiste (médecin diabétologue, infirmiers ou infirmières clinicien·ne·s en diabétologie, podologues, ou diététicien·ne·s) pour au minimum 2 consultations sur l'année ou
- au minimum deux spécialistes différent·e·s pendant l'année

<sup>9</sup> Les cibles sont fixées par le PcD en fonction du budget alloué par le canton pour 2016 ; elles seront adaptées si le budget est plus bas que prévu.

## Budget 2016

<b>Charges</b>		<b>2016</b>
Nombre EPT (salariés cheffe de projet et secrétariat)		0.4
Frais du personnel		64'000
Honoraires coordination (0.25 EPT)		40'000
Honoraires pour les suivis des patient·e·s (prestations non facturables)		38'700
	<b>Sous-total</b>	<b>142'700</b>
Frais de locaux (coordination, secrétariat, etc.)		6'300
Frais d'activités (salles de cours, petit matériel, etc.)		11'600
Groupes de travail, frais de séance		20'000
Frais de formation/forum//supervision		15'000
Communication, publicité, marketing		8'000
Frais administratifs et financiers		4'438
Divers		1'000
	<b>Sous-total</b>	<b>66'338</b>
	<b>Total des charges</b>	<b>209'038</b>
<b>Produits</b>		
Subvention et sponsoring divers		2'000
Programme cantonal Diabète (PcD)		207'038
	<b>Total des produits</b>	<b>209'038</b>

**Auteurs du rapport** : Christine Sandoz (Coordinatrice Diabète) et Christine Panchaud (Cheffe de projet)

**Date** : le 2 novembre 2015