



Préambule

Le réseau régional de diabétologie, associant l'ensemble des acteurs, dépasse les clivages institutionnels traditionnels. Il concerne le diabète de type 1 et de type 2.

Son organisation permet à chaque acteur :

- De disposer des informations les plus récentes concernant le dépistage, la prévention, et l'éducation thérapeutique,
- De proposer, à partir d'arbres décisionnels de prise en charge, un parcours optimal à leurs patients,
- D'obtenir, s'ils le souhaitent, une collégialité des décisions,
- De se voir proposer une meilleure coordination des formations professionnelles.

Titre I – Constitution du réseau

Article 1-

Forme et dénomination

Il est formé entre les soussignés, et toutes autres personnes qui viendraient à en faire partie par la suite, un réseau de prise en charge du diabète de type 1 et 2 de Midi-Pyrénées dénommé « DIAMIP » défini par la présente convention.

Conformément à l'article L.712-3-2 du code de la santé publique la convention constitutive du réseau, ainsi que tout avenant à cette convention, sont agréés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Un avis du Comité Régional des Réseaux sera requis.

Article 2-

La durée de la convention

La présente convention est établie pour une durée de trois ans à compter de son agrément par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une même durée.

Elle peut être dénoncée avec un préavis de six mois par les signataires par courrier avec accusé de réception adressé au président.

Article 3-

Champ d'application

Le réseau DIAMIP met en partenariat sur la base du volontariat, notamment :

- des professionnels de santé libéraux exerçant en ville (généralistes, spécialistes, et personnels non-médicaux),
- des établissements de santé publics et privés, identifiés pour leur activité de diabétologie, quel que soit leur statut juridique et leur desserte géographique,
- des centres d'exams de santé par l'intermédiaire des caisses d'assurance-maladie,
- le réseau « RESOMIP », de prise en charge des obésités sévères,
- des membres associés, tels que les associations de patients diabétiques.

Le réseau couvre l'ensemble des activités de dépistage, de diagnostic, de traitement, de prévention, d'éducation thérapeutique, et de suivi nécessaires à la prise en charge des patients diabétiques.

Titre II – Objectifs et engagements

Article 4-

Objectifs communs

Les membres s'engagent à se conformer aux objectifs définis par la circulaire DGS/DH 99/264 du 4 mai 1999 pour le diabète de type 2, aux priorités de la Conférence Régionale de Santé et au programme national de santé publique de l'assurance-maladie.

Ils entendent favoriser la prise en charge globale des patients de la région, fondée notamment sur des protocoles validés par l'ANAES et sur les recommandations de l'ALFEDIAM et de l'AFSSAPS.

Leur coopération, confirmée au sein d'un réseau de soins coordonné, gradué et construit autour du malade et du médecin traitant, vise à :

- développer des actions de prévention, d'éducation thérapeutique et de dépistage du diabète,
- assurer la gradation, la coordination et la continuité des soins y compris en situation d'urgence,
- garantir à tous les patients une égalité d'accès à des soins de qualité, en privilégiant la proximité,
- organiser les échanges entre équipes médicales,
- participer à l'amélioration des connaissances épidémiologiques régionales, et au développement de la recherche clinique.

tout en respectant le libre choix du malade vis à vis du médecin et de la structure de soins, et en garantissant la confidentialité de l'information et le suivi du malade par le médecin traitant généraliste et/ou spécialiste en endocrinologie et maladies métaboliques.

Les membres s'engagent à mettre en œuvre, notamment :

- une homogénéisation des pratiques fondées sur des référentiels diagnostiques et thérapeutiques validés,
- un dossier diabétologique minimal commun,
- un système d'information commun régional,
- des procédures d'évaluation de la qualité et de la sécurité de soins et de la satisfaction du patient.

Article 5-

Le maillage régional

Le réseau précise clairement les prestations en termes de suivi et d'éducation requises pour un patient à un moment donné de son évolution. Le réseau organise le maillage régional en diabétologie autour de 4 niveaux (*adaptés à partir de la circulaire DGS-DH 99 264 du 04/05/1999 jointe en annexe*) :

▪ Les soins de proximité

Ils sont avant tout du ressort des médecins généralistes. Les spécialistes libéraux en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques peuvent être mobilisés.

Les soins de proximité correspondent notamment au dépistage ciblé, à l'éducation initiale du patient, et au bilan et à l'initialisation d'une prise en charge globale du risque métabolique et cardio-vasculaire. Ils relèvent essentiellement des médecins généralistes.

Selon les possibilités locales, le médecin généraliste doit s'appuyer en premier recours sur un médecin spécialiste ou compétent en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, ou en deuxième recours, sur un site hospitalier public ou privé orienté vers la diabétologie, un pôle fonctionnel de référence en diabétologie, ou un site participant à la prise en charge diabétologique.

▪ Les sites à orientation diabétologique

Situés dans des établissements publics ou privés, ils se définissent par leur organisation attestée par un cahier de procédures écrites. Ils offrent :

- une consultation clinique assurée par un médecin spécialiste ou titulaire d'une compétence en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques,
- la possibilité de réaliser les examens complémentaires faisant partie du bilan périodique de surveillance du diabète tel que décrit dans la circulaire (*cf annexe*),
- l'accès à un programme d'éducation pour le diabète de type 2, assuré par une équipe multiprofessionnelle, répondant à un référentiel précis, permettant l'accès à trois types de prestations complémentaires : diététique, psychologique, et sociale.

▪ **Les pôles fonctionnels de référence en diabétologie**

Ils assurent les mêmes fonctions qu'un site orienté vers la diabétologie.

Mais, disposent en plus de tous les moyens de prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de diabète de type 1 et 2, et des plateaux techniques multidisciplinaires nécessaires à cet effet.

Ils bénéficient des collaborations sur site avec les pôles de référence des disciplines voisines, et prend en charge les situations complexes (complications lourdes, traitements complexes, décisions multidisciplinaires). Ils développent les stratégies thérapeutiques et les outils thérapeutiques spécifiques ou lourds (télématique, pompes à insuline,...).

Ils assurent également les fonctions d'enseignement et de recherche : enseignement initial des professionnels de santé, formation continue, formation à l'éducation, recherche clinique...

▪ **Les sites participant à la prise en charge diabétologique**

Il s'agit d'établissements de soins publics ou privés, ne disposant pas de l'infrastructure d'un site orienté vers la diabétologie, mais participant à la prise en charge des patients diabétiques par l'intervention d'un médecin spécialiste ou compétent en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, et proposant une organisation des soins et/ou d'éducation avec des personnels paramédicaux.

Les centres d'examen de santé de l'assurance-maladie peuvent également prétendre à cette appellation.

Le réseau prévoit des liens fonctionnels avec les autres réseaux régionaux de prise en charge de pathologies présentant une intersection avec le diabète : réseau de prise en charge de l'obésité sévère (RESOMIP), réseau périnatalité (MATERMIP),...

Titre III– Membres du réseau

Article 6-

Définition

Sont membres du réseau « DIAMIP » les signataires de la présente convention (l'URML, les établissements de santé et les membres associés prévus par la charte) et tout autre membre sur décision de l'assemblée générale telle que prévue à l'article 7.

En adhérant au réseau l'URML représente les médecins libéraux.

Les médecins libéraux qui n'exercent pas dans un établissement de santé s'engagent individuellement auprès du réseau à respecter la charte et son règlement intérieur par un document-type annexé au règlement intérieur.

Ceux qui exercent dans un établissement de santé sont engagés à respecter la charte et le règlement intérieur du réseau par l'adhésion de leur établissement.

Article 7-

Adhésion d'un nouveau membre

L'admission d'un nouveau membre résulte d'une décision de l'assemblée générale à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

L'adhésion d'un nouveau membre donne lieu à un avenant à la convention constitutive.

Article 8-

Retrait, exclusion d'un membre

Tout membre peut se retirer du réseau, sous réserve qu'il soit adhérent depuis au moins une année et qu'il ait notifié son intention trois mois avant la date de son retrait.

L'exclusion d'un membre peut être prononcée par l'assemblée générale, si le membre intéressé a enfreint les dispositions de la présente charte ou du règlement intérieur, s'il n'a pas exécuté ses obligations de membre ou s'il a commis une faute grave constatée par le bureau.

Le bureau est saisi de toute proposition d'exclusion ; il le soumet au vote de l'assemblée générale.

Le membre dont l'exclusion est demandée par le bureau est avisé par lettre recommandée avec accusé de réception un mois avant la réunion de l'assemblée générale.

Le retrait et l'exclusion d'un membre donnent lieu à un avenant à la convention constitutive, soumis à approbation de l'ARH.

Titre IV - Organisation du réseau

Article 9-

L'assemblée générale des membres

L'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres du réseau qui désignent leurs représentants conformément aux règles qui les régissent.

Les droits des membres du réseau sont définis de la façon suivante :

1. *Pour les médecins (généralistes et spécialistes en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques) exerçant en dehors des établissements (47,5 % des voix):*

- L'URML représente à l'assemblée générale les médecins libéraux (médecins généralistes et spécialistes en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques) exerçant en dehors des établissements qui accepteront de participer au réseau.
- L'ensemble des médecins libéraux s'étant engagés à respecter le charte et le règlement intérieur du réseau sont conviés à l'assemblée générale.
- Le droit de vote est exercé respectivement par le représentant de la section généraliste de l'URML et par un spécialiste en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques représentant la section spécialiste de l'URML.

La section généraliste détient un nombre de voix correspondant à 28,5% du nombre total de voix (N).

La section spécialiste détient un nombre de voix correspondant à 19% du nombre total de voix (N).

2. *Pour les établissements de santé (47,5 % des voix) :*

- Le CHU dispose d'un nombre de voix correspondant à 9,5% du total (N).
- Les autres établissements de santé publics (comprenant les PSPH) et privés disposent d'un nombre de voix correspondant à 38% du total (N). La répartition entre secteur public (comprenant les PSPH) et secteur privé est proportionnel au nombre d'établissement membres du réseau.
- Le droit de vote des établissements de santé est exercé par son représentant légal.

3. *Pour les membres associés (5 % des voix) :*

- Les autres réseaux de prise en charge de pathologies présentant une intersection avec le diabète : réseau de prise en charge de l'obésité sévère (RESOMIP), réseau périnatalité (MATERMIP),...
- Les centres de santé, représentés par les CPAM,
- L'association française des diabétiques,
- Les infirmières libérales,
- Les podologues libéraux,
- Les diététiciennes libérales,
- Les autres spécialistes médicaux libéraux.

Chaque membre associé (adhésion individuelle, ou associative) dispose d'une voix.

L'ensemble des membres associés disposent d'un nombre de voix correspondant à 5% du total (N).

Pour les médecins spécialistes libéraux, le droit de vote est exercé de façon groupée par un représentant de la section spécialiste de l'URML en additionnant le nombre de voix correspondantes.

Le calcul des voix est défini avant chaque assemblée générale comme suit :

1. Le nombre total de voix (N) est obtenu à partir du nombre de membres associés ayant adhéré (a), puisque chaque membre associé dispose d'une voix :

$$N = a / 0,05$$

2. Le nombre de voix des autres membres en découlent :

- Pour la section généraliste de l'URML (représentant les médecins généralistes)

$$0,285 * N$$

- Pour la section spécialiste de l'URML (*endocrinologues* exerçant en dehors des établissements privés)

$$0,19 * N$$

- Pour la section spécialiste de l'URML (*autres spécialistes* exerçant en dehors des établissements privés)

$$1 * \text{Nombre de spécialistes adhérant en tant que membre associé}$$

- Pour les établissements de santé

→ Le CHU

$$0,095 * N$$

→ Chaque établissement

$$\underline{\underline{0,38 * N}}$$

nombre d'établissements publics et privés adhérents (hors CHU)

Le vote par procuration est autorisé. Aucun membre ne peut cependant détenir plus de deux mandats à ce titre

L'assemblée générale se réunit sur convocation du président aussi souvent que l'intérêt du réseau l'exige et au moins une fois par semestre.

Les convocations sont envoyées au moins quinze jours à l'avance et indiquent l'ordre du jour, établi par le bureau.

Elle se réunit de droit à la demande d'au moins la moitié de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Elle délibère sur toutes questions portées à l'ordre du jour.

L'assemblée générale délibère valablement dans la mesure où la moitié des membres y sont présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, elle sera convoquée à nouveau à quinze jours d'intervalle. Lors de cette nouvelle réunion, elle pourra valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

Article 10-

La coordination du réseau

Le réseau se dote d'un bureau comme structure de coordination.

Le bureau est désigné par un vote de l'assemblée générale parmi des personnes proposées en séance *intuitu personnae* par les membres de l'assemblée générale (URML section généraliste, URML section spécialiste, établissements de santé publics, établissements de santé privés, membres associés) à raison de :

- trois médecins généralistes,
- un diabétologue libéral n'exerçant pas en établissement ,
- un directeur d'un établissement «*pôle fonctionnel de référence en diabétologie*»,
- deux diabétologues exerçant dans un établissement «*pôle fonctionnel de référence en diabétologie*»,
- un directeur d'un établissement public «*site à orientation diabétologique*»,
- un directeur d'un établissement privé «*site à orientation diabétologique*»,
- un diabétologue exerçant dans un établissement public «*site à orientation diabétologique*»,
- un diabétologue exerçant dans un établissement privé «*site à orientation diabétologique*»,
- un directeur d'un établissement public «*participant à la prise en charge diabétologique*»,
- un membre associé.

Le bureau a pour mission de définir l'organisation générale du réseau et d'en assurer le suivi, notamment à travers :

- l'élaboration du règlement intérieur, qui sera soumis à approbation de l'assemblée générale,
- la définition des structures juridiques et des moyens médico-techniques, notamment de la coordination médicale, liés au fonctionnement du réseau,
- la diffusion des référentiels en diabétologie,
- la détermination des moyens de communication entre les différents sites par l'utilisation de technologies avancées, notamment en utilisant le réseau de télémédecine régional (RTR) ;
- la prise en compte des besoins de la population,
- la proposition, en vue de l'évaluation du réseau, des indicateurs à recueillir et de leurs règles d'exploitation,
- la préparation à la mise en oeuvre de la procédure d'accréditation du réseau.

Parmi ses membres, le bureau élit un président, deux vice-présidents et un secrétaire général.

Le président et les vice-présidents ne peuvent appartenir tous les trois au même secteur, public ou privé.

Le bureau prépare les assemblées générales. Il est chargé de l'exécution des décisions prises en assemblée générale.

Les décisions du bureau sont prises selon la règle de la majorité des 2/3

Le président convoque les assemblées générales et les réunions du bureau, dirige les débats, fait observer les statuts et le règlement intérieur du réseau.

Les vice-présidents assistent le président.

Le secrétaire général rédige les procès-verbaux de l'assemblée générale et du bureau.

Titre V – Travaux scientifiques

Article 11-

Conseil scientifique

Un conseil scientifique est installé auprès du bureau.

Il comprendra au moins trois diabétologues du CHU, trois généralistes, trois spécialistes en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques exerçant hors CHU, trois professionnels de santé non-médicaux.

Sa composition exacte, son mode de désignation et son fonctionnement sont prévus par le règlement intérieur.

Le bureau confie au conseil scientifique les travaux et réflexions qu'il estime utile au réseau.

Le conseil scientifique a notamment pour mission d'établir des recommandations et protocoles qui seront adoptés par l'assemblée générale. Il veille à leur mise à jour régulière.

Il préconise les méthodes et les moyens nécessaires à l'évaluation du réseau.

Le conseil scientifique met en place des groupes de travail, notamment sur la formation et, en continuité de la réflexion menée en amont de la création du réseau, sur les « schémas de prise en charge des patients diabétiques » et sur « l'éducation thérapeutique du patient ».

Le conseil scientifique pourra en particulier s'appuyer sur le référentiel élaboré par FORMUHDIAB sur l'éducation thérapeutique du diabète de type 2, et sur le référentiel du GEDEC pour le traitement par pompe à insuline dans le cadre du diabète de type 1.

La réflexion du réseau concernant la prise en charge du « pied diabétique » associera utilement le syndicat régional des podologues.

Article 12-

L'évaluation

L'évaluation portera en priorité sur le fonctionnement et l'activité du réseau :

1. sa montée en charge sur la base d'un rapport annuel du président,
2. la structuration et l'activité des sites,
3. l'application des protocoles et la mise en œuvre d'arbres décisionnels
4. l'organisation des formations

Les résultats de ces évaluations sont transmis aux membres du réseau, à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, à l'URCAM et à la DRASS.

ANNEXE
circulaire DGS/DH 99/264 du 4 mai 1999 concernant le diabète de type 2