



28^{ème} Journée du CODEHG
Paris, 6 décembre 2025



La responsabilité populationnelle : le diabète en exemple

Philip BÖHME

PH-MCA, CHRU de Nancy - Université de Lorraine

Antoine MALONE

Coordonnateur Programme Responsabilité populationnelle - FHF

et tous les partenaires et collaborateurs

Professionnels libéraux et hospitaliers, DACs, CPTS, établissements de santé, associations de patients et patients partenaires, collectivités locales et territoriales, ARS, CPAM, Université de Lorraine, Pulsy, FHF, SFD..



L'approche intégrée en santé : une réponse territoriale aux défis du système de santé ?



Programmes d'action
partagés

Avec (et pas que
pour) le patient et
la population

Méthodologie
utilisable par
l'ensemble des
territoires

Contribuer au
développement de la
santé numérisée



Flexible pour tenir
compte des spécificités
territoriales

Modèle basé
sur la prise en
charge des
malades

Modèle qui vise
le maintien en
santé de la
population

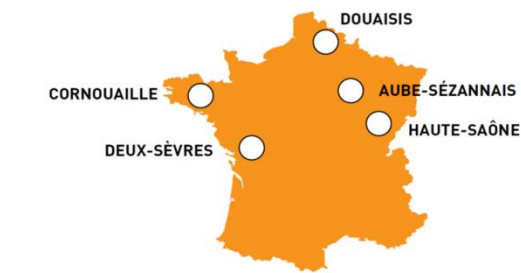
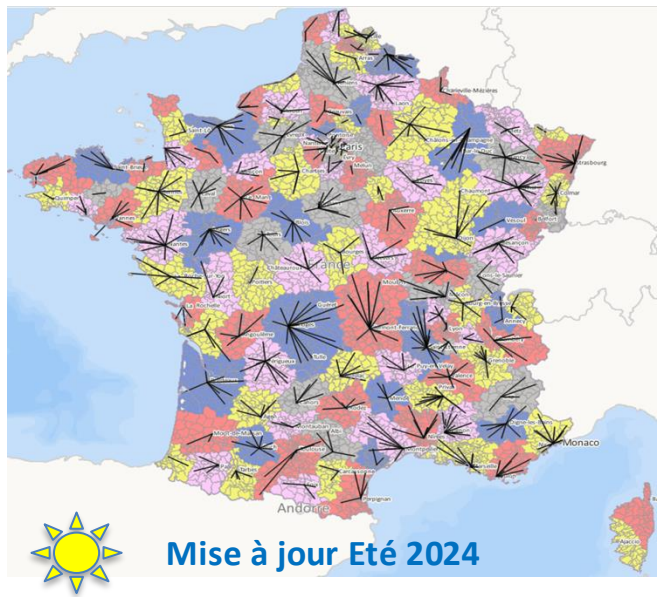
Objectif : Mettre en oeuvre un système de santé intégré à la “française” sur le principe de la Responsabilité Populationnelle et la recherche d'un quadruple objectif

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 20.



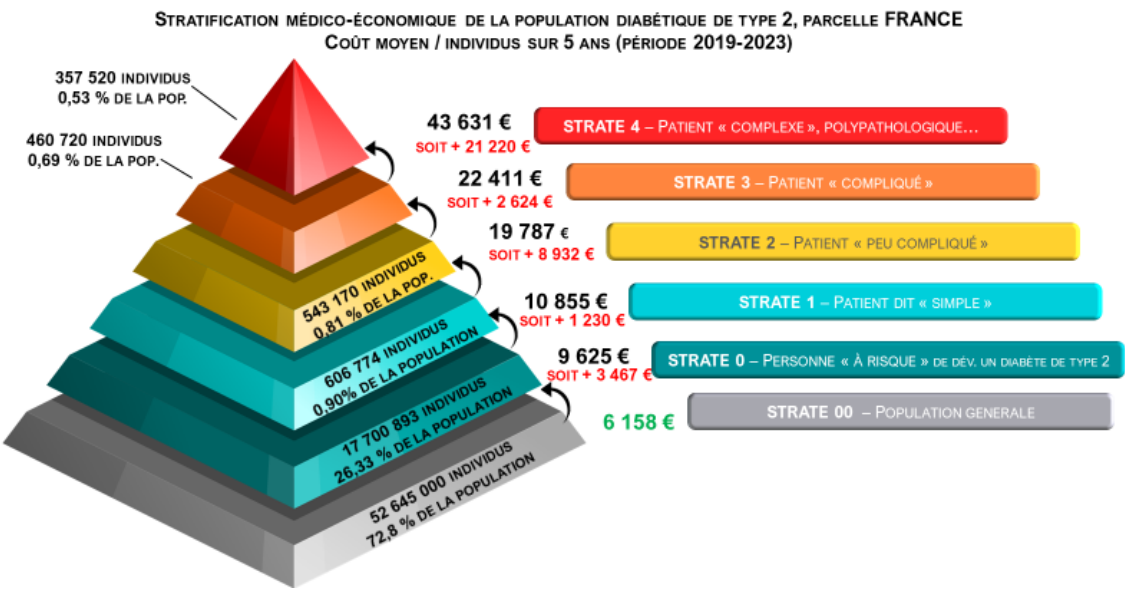
Responsabilité Populationnelle : la méthode

Etape 1: Définir son territoire



5 Territoires pionniers

Etape 2 : Stratifier la population



TERRITOIRE	POPULATION DU TERRITOIRE	INSUFFISANCE CARDIAQUE	A risque	DIABETE Type 2	A risque
AUBE-SEZANNAIS	314 515	4 976 (1.6%)	35 108	10 135 (3.2%)	78 279
CORNOUAILLE	297 038	5 011 (1.7%)	37 024	7 263 (2.4%)	86 581
DEUX-SEVRES	363 347	6 862 (1.9%)	39 082	11 891 (3.3%)	99 512
DOUAISIS	220 802	3 336 (1.5%)	25 335	7 786 (3.5%)	54 159
HAUTE-SAONE	178 456	4 039 (2.3%)	22 113	6 271 (3.5%)	49 916
	1 374 158	24 224	158 662	43 346	338 417

*Attention : données issues du PMSI/méthodologie ©



Responsabilité Populationnelle : la méthode

Etape 3 : Mettre en œuvre la démarche

Les réunions cliniques : Une coalition territoriale d'acteurs de santé...

Pluri professionnalité

Les représentants de l'ARS, CPAM, MSA

Acteurs de la ville

Secteur sanitaire et social

Acteurs de coordination
CPTS, MSP, DAC, ESP...

Acteurs de l'hôpital

Des patients experts

Des associations

Des usagers



... pour :

- Faire un **état des lieux** : besoins / ressources
- **Echange, partage des idées, des points de vue...**
→ sur du contenu scientifique vérifié et validé
- **Adaptation des logigrammes** de prise en charge à nos spécificités territoriales : QUI fait QUOI ?

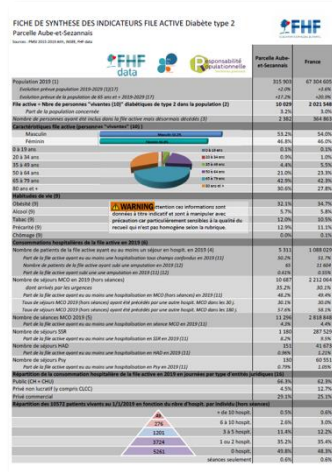
**Comprendre les besoins de la population du territoire
... la co-construction d'un programme d'action**



Etape 4 : Disposer d'outils statistiques et scientifiques validés

Comprendre les besoins de la population du territoire

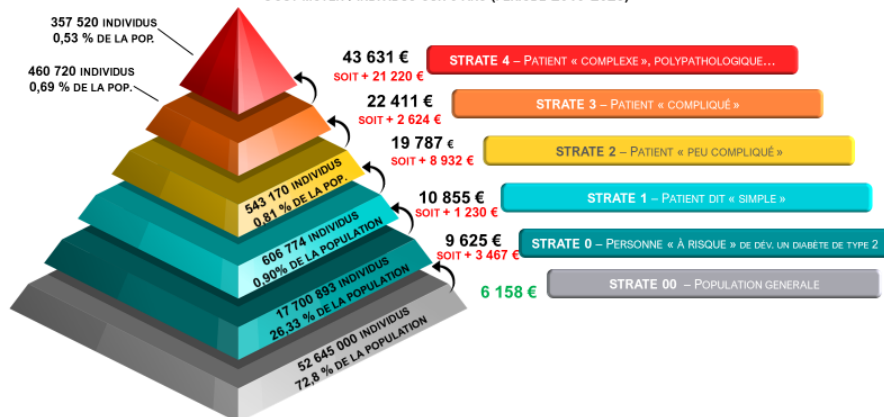
Multiples déterminants de santé



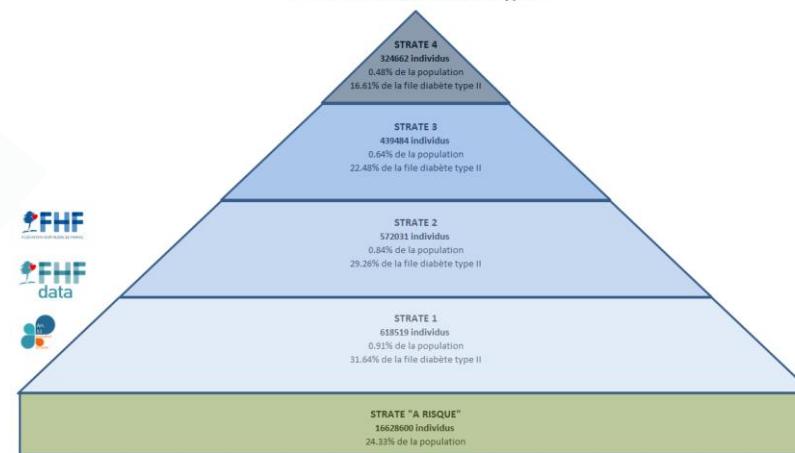
Connaitre les besoins...

STRATIFICATION MÉDICO-ECONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE
COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2019-2023)

Connaitre les besoins...

STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE
COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2019-2023)

Parcelle France, diabète de type II

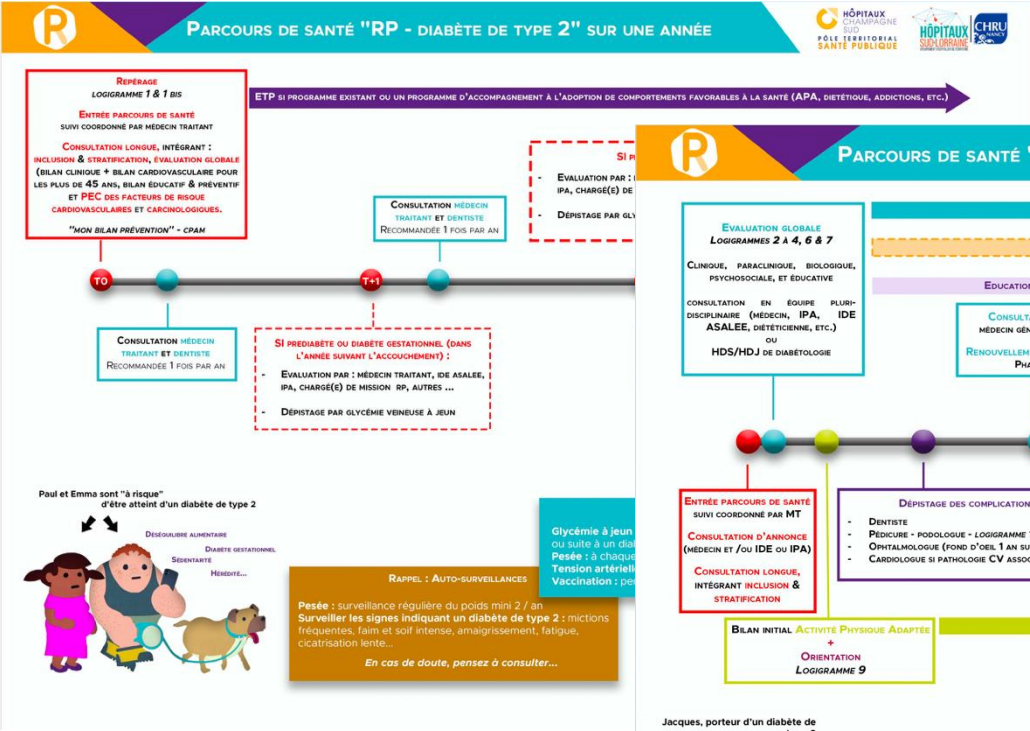


Sources : PMSI 2013-2017 Atih, INSEE, FHF data

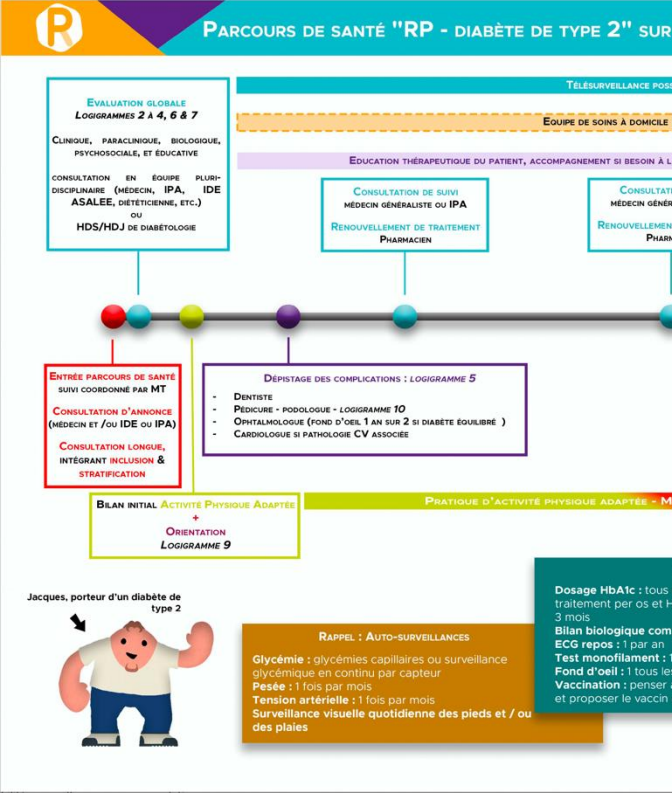


Des outils pour la pratique : logigrammes de parcours 2025 (strates 0 à 4) adaptés à l'offre territoriale

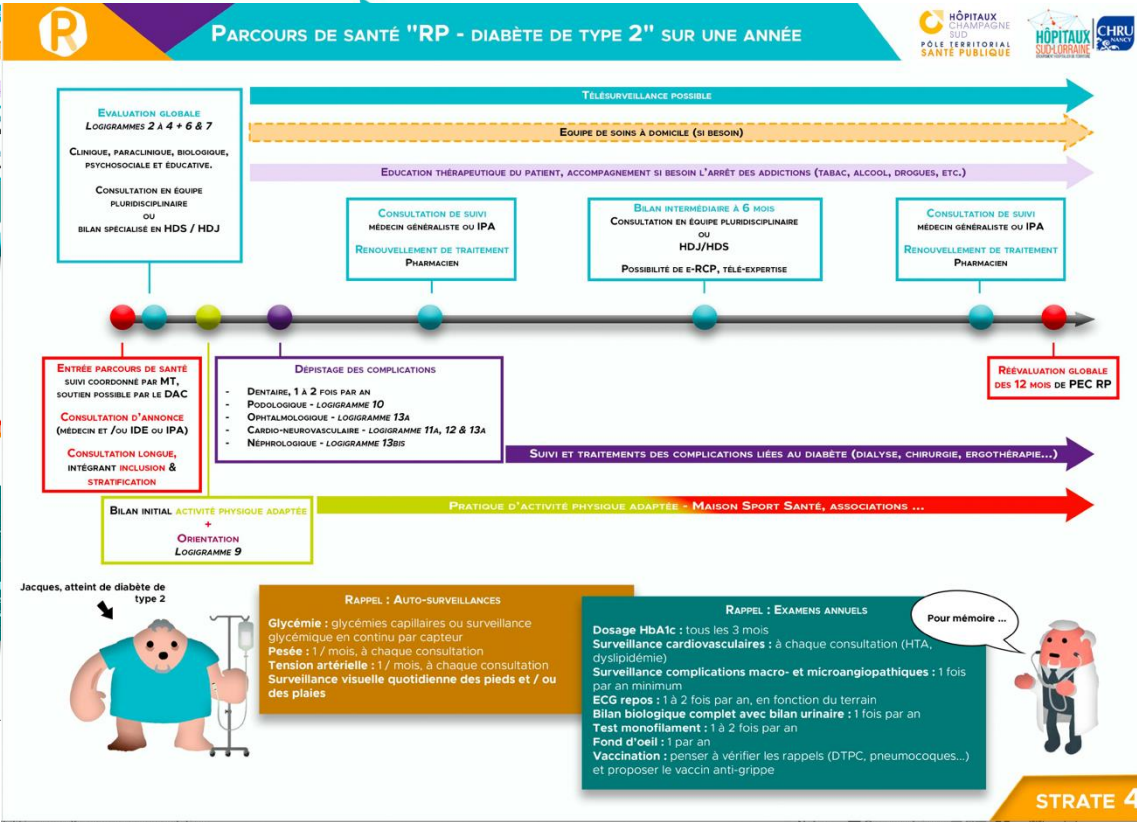
Strate 0



Strate 2



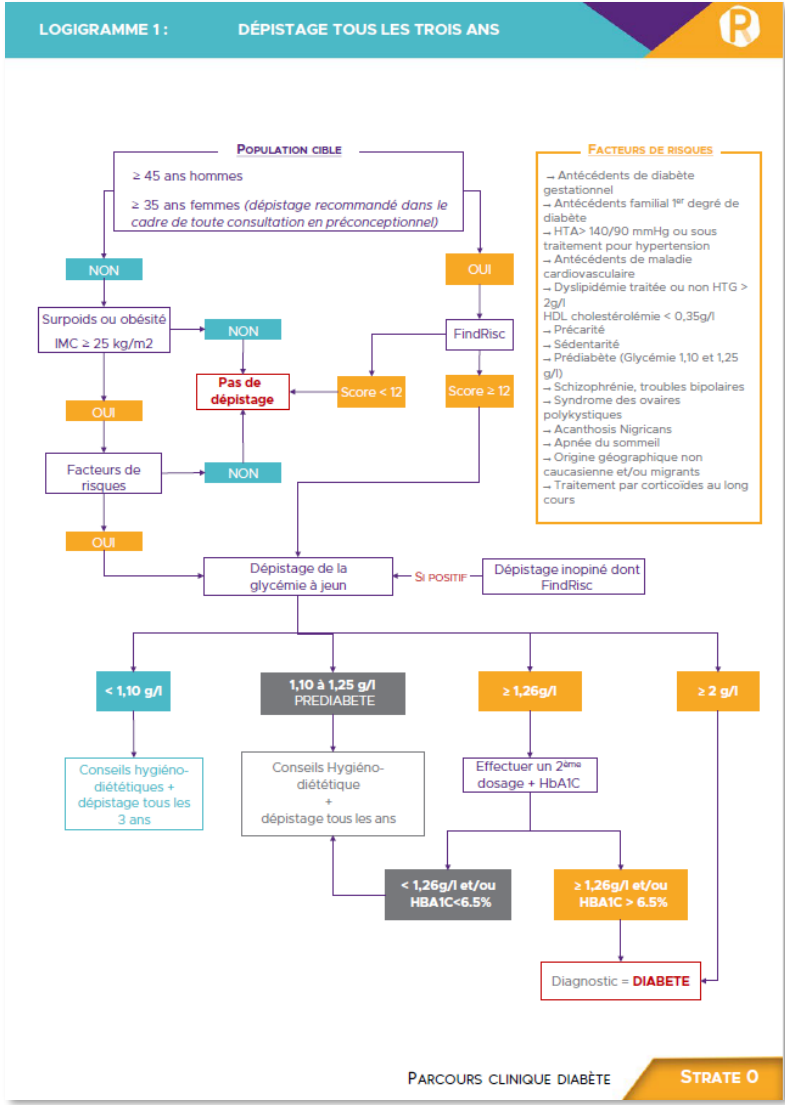
Strate 4



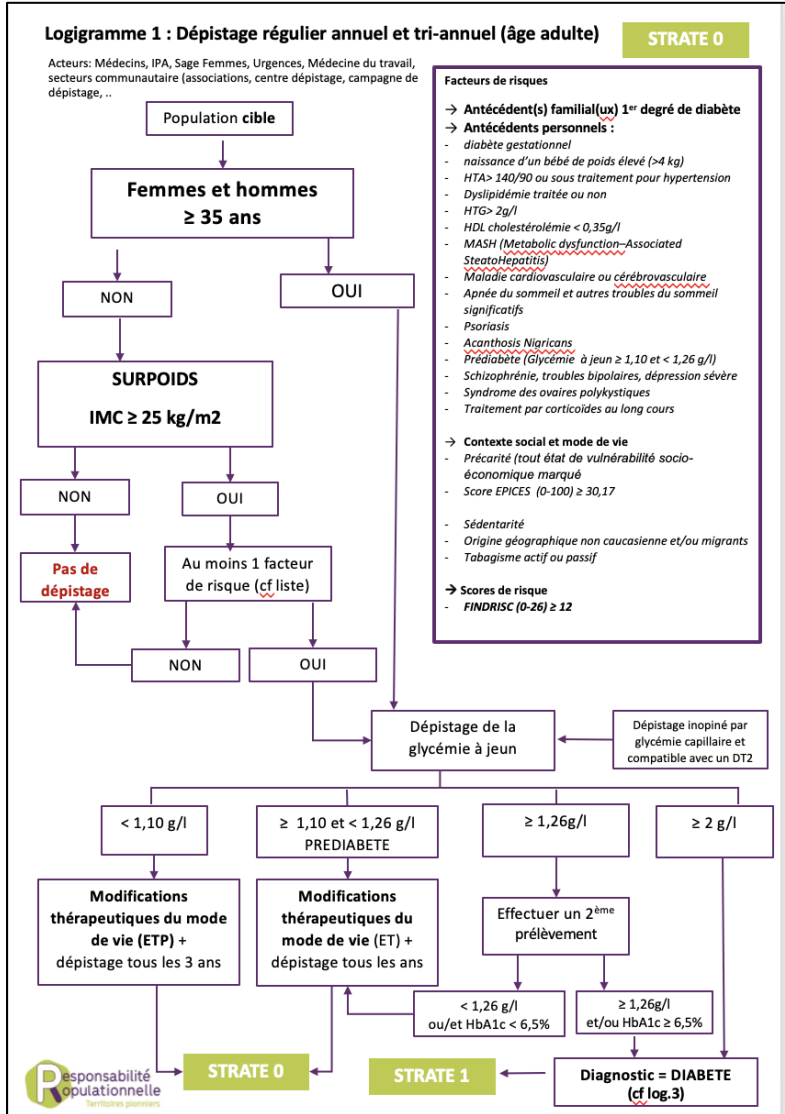
Coproduction

Des outils pour la pratique : logigrammes (22), mises à jour + créations

Dépistage régulier du diabète



2018

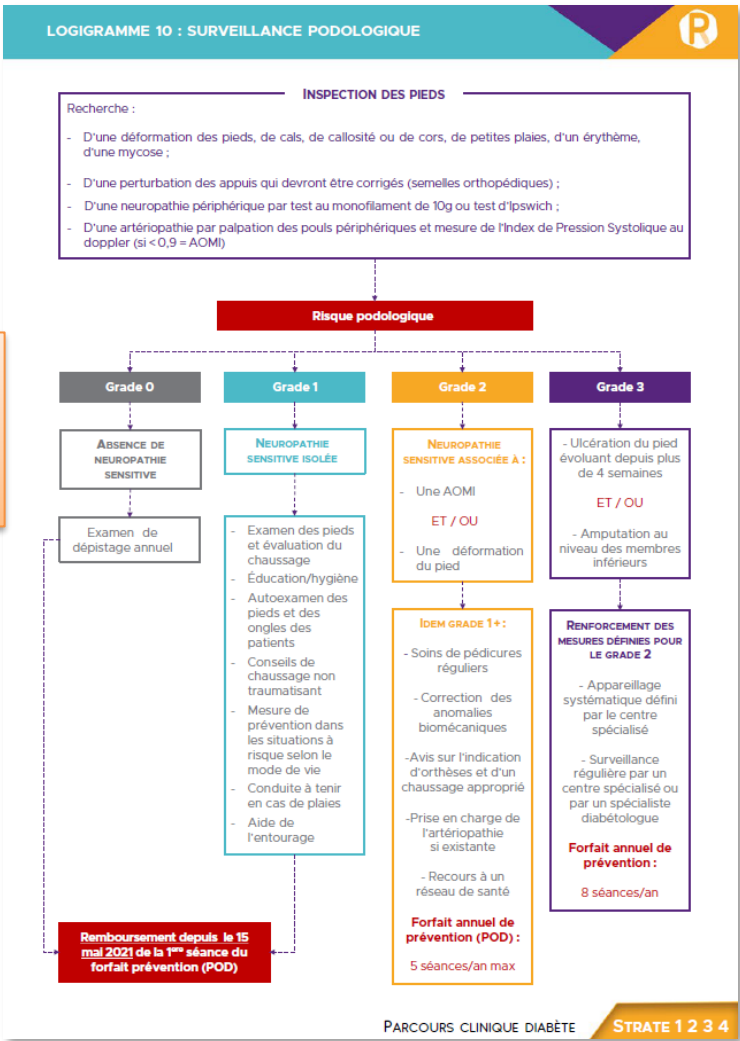


2025

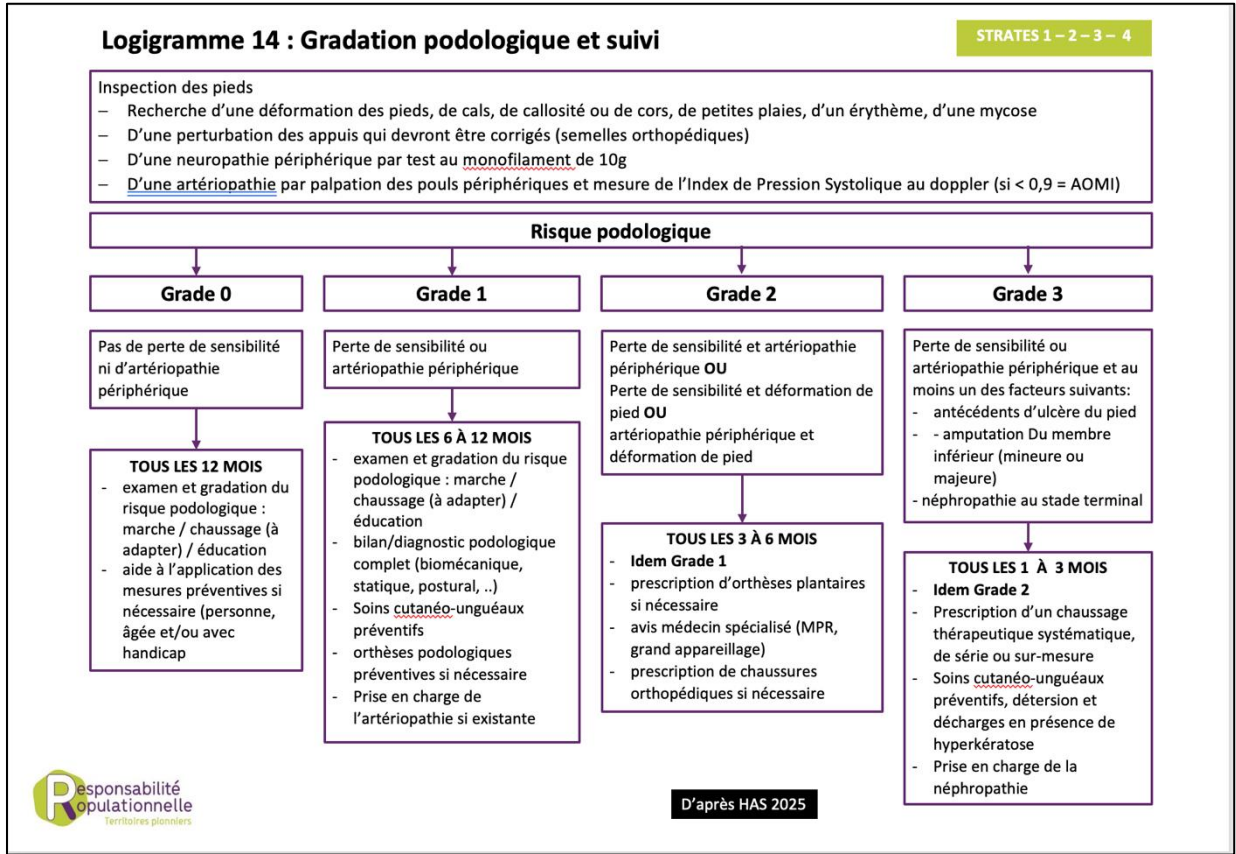
Validation par sociétés savantes et/ou experts



Des outils pour la pratique : logigrammes (22), mises à jour + créations



Surveillance
pied
diabétique



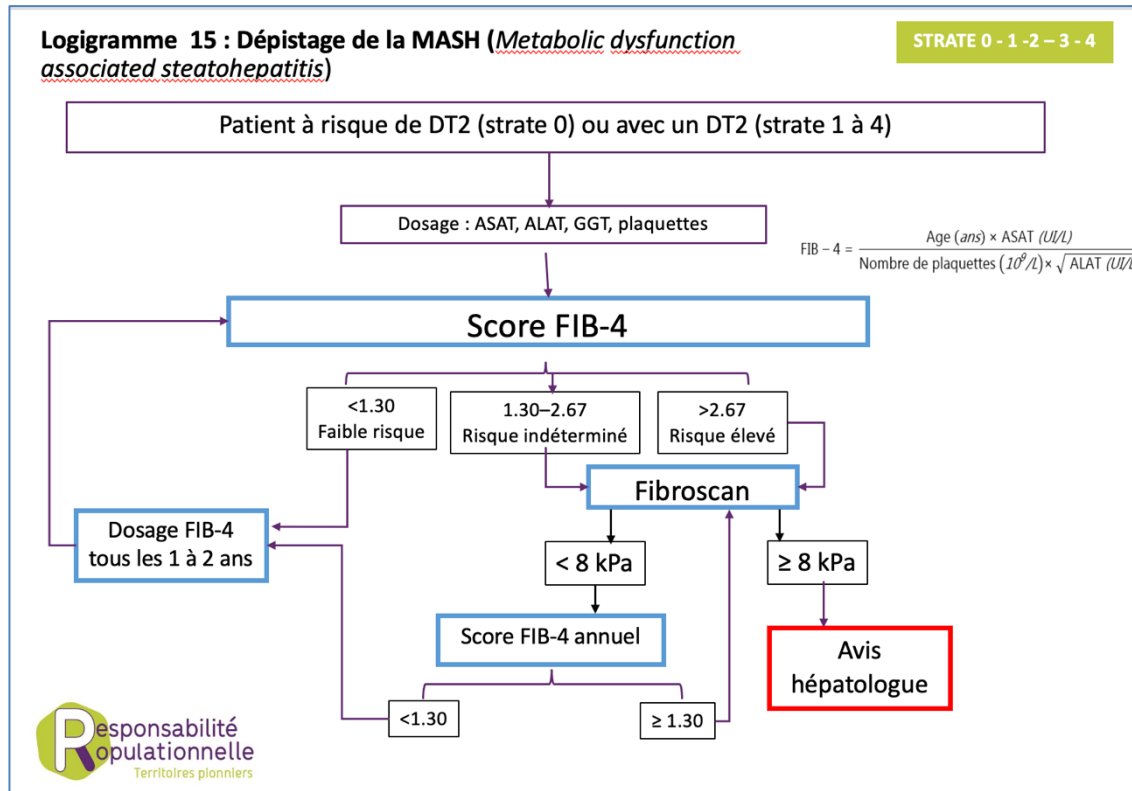
2025

2018

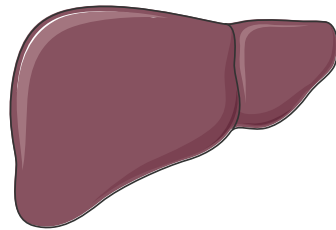
Validation par sociétés savantes et/ou experts



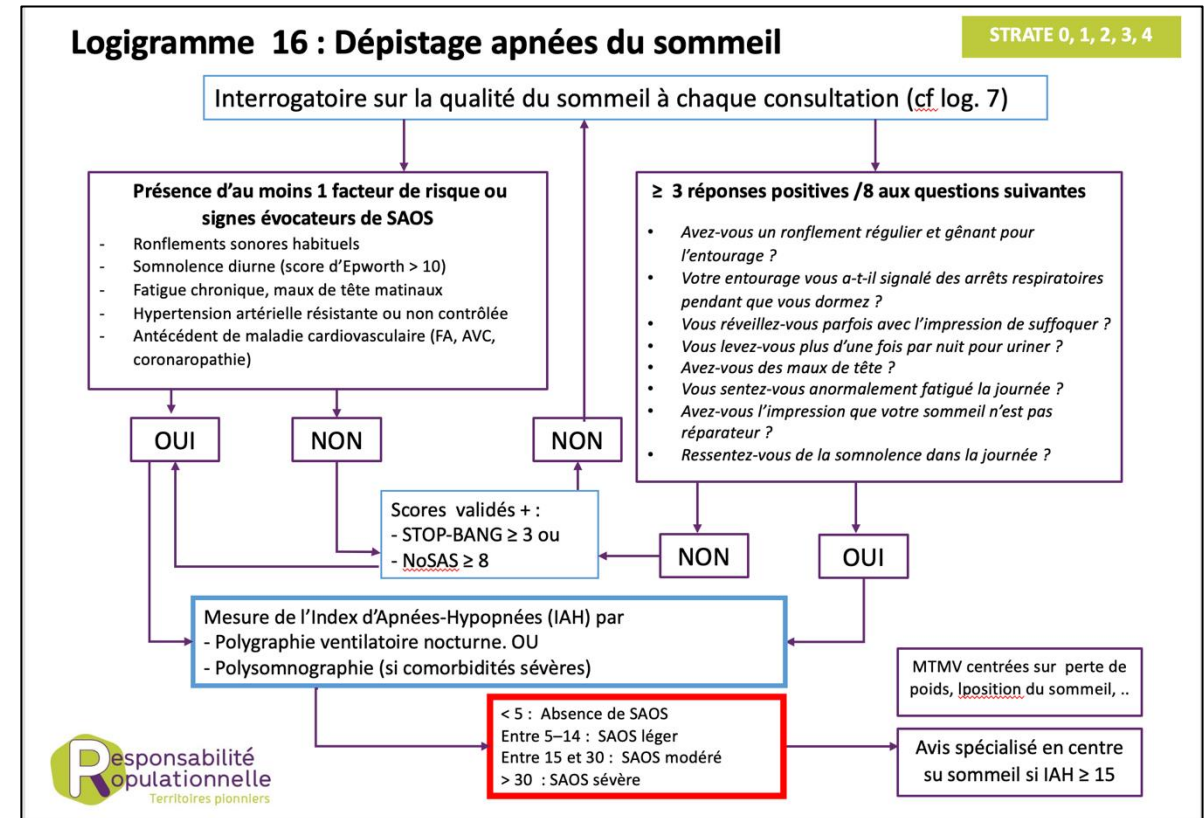
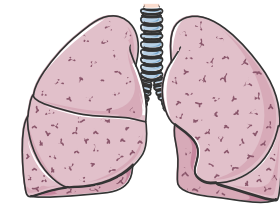
Des outils pour la pratique : logigrammes (22), mises à jour + créations



MASH



SAOS

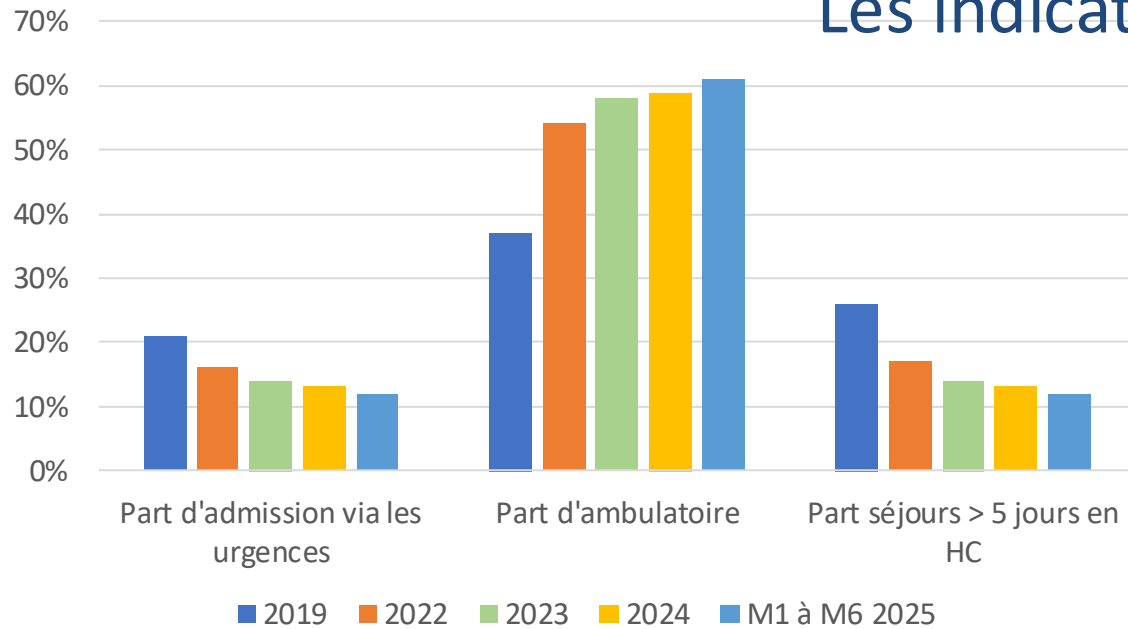


2025

Validation par sociétés savantes et/ou experts



Les indicateurs d'impact



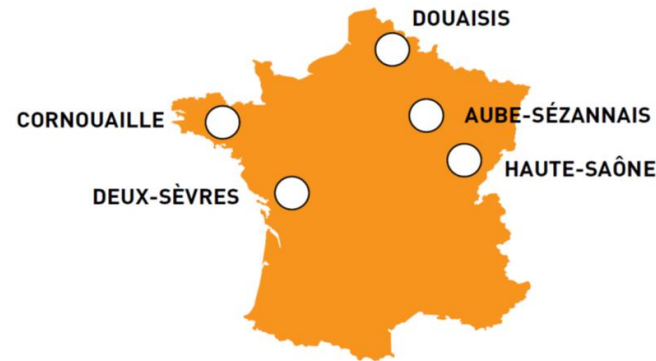
Moins de passages aux urgences

Virage ambulatoire facilité

Diminution des séjours longs

Moins d'admission via les urgences
Un recours à l'ambulatoire favorisé
Un taux de séjours longs en nette diminution

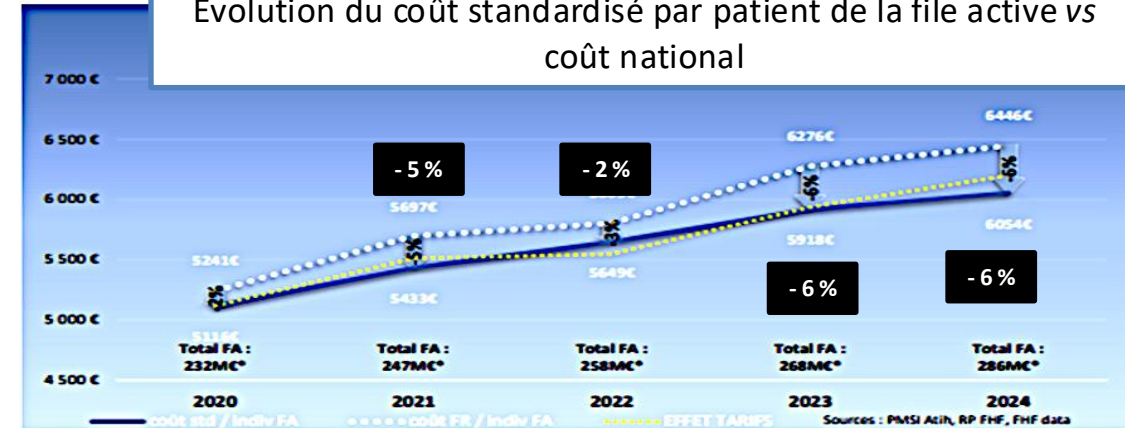
=> Des services hospitaliers transformés



5 territoires Pionniers (Art. 51)



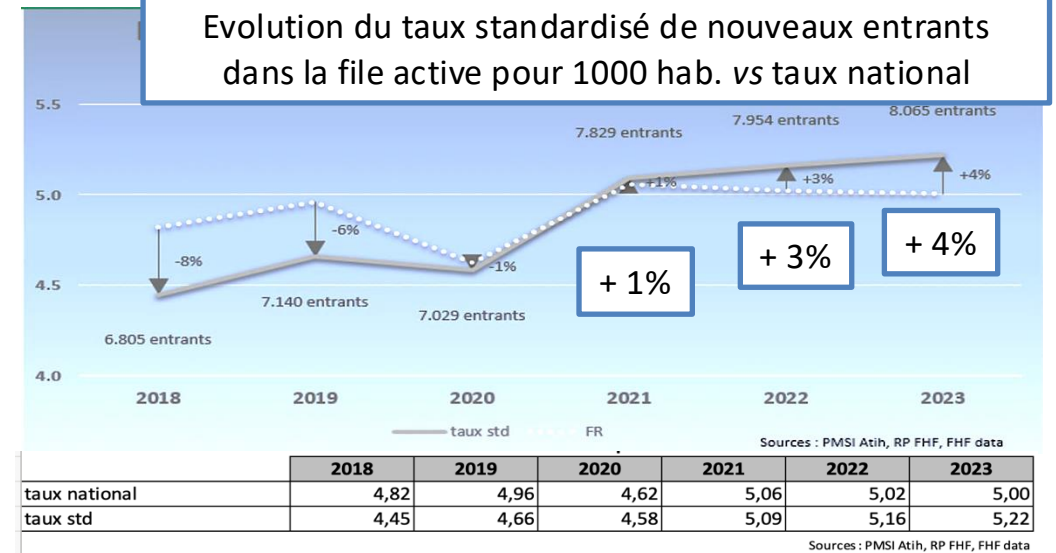
Evolution du coût standardisé par patient de la file active vs coût national



*coût BR AM tous séjours d'hospitalisation dans l'année (toutes causes)

Ex de lecture : En 2024, la file active locale a coûté 286M€* en hospitalisations toutes causes (BR AM). Le coût moyen par patient est de 6% inférieur à la référence nationale standardisée (6054€ standardisés vs 6446€).

Evolution du taux standardisé de nouveaux entrants dans la file active pour 1000 hab. vs taux national



Plus de patients dans la file active et un coût moyen inférieur

Indicateurs qualitatifs (pratiques, vie au travail,..)



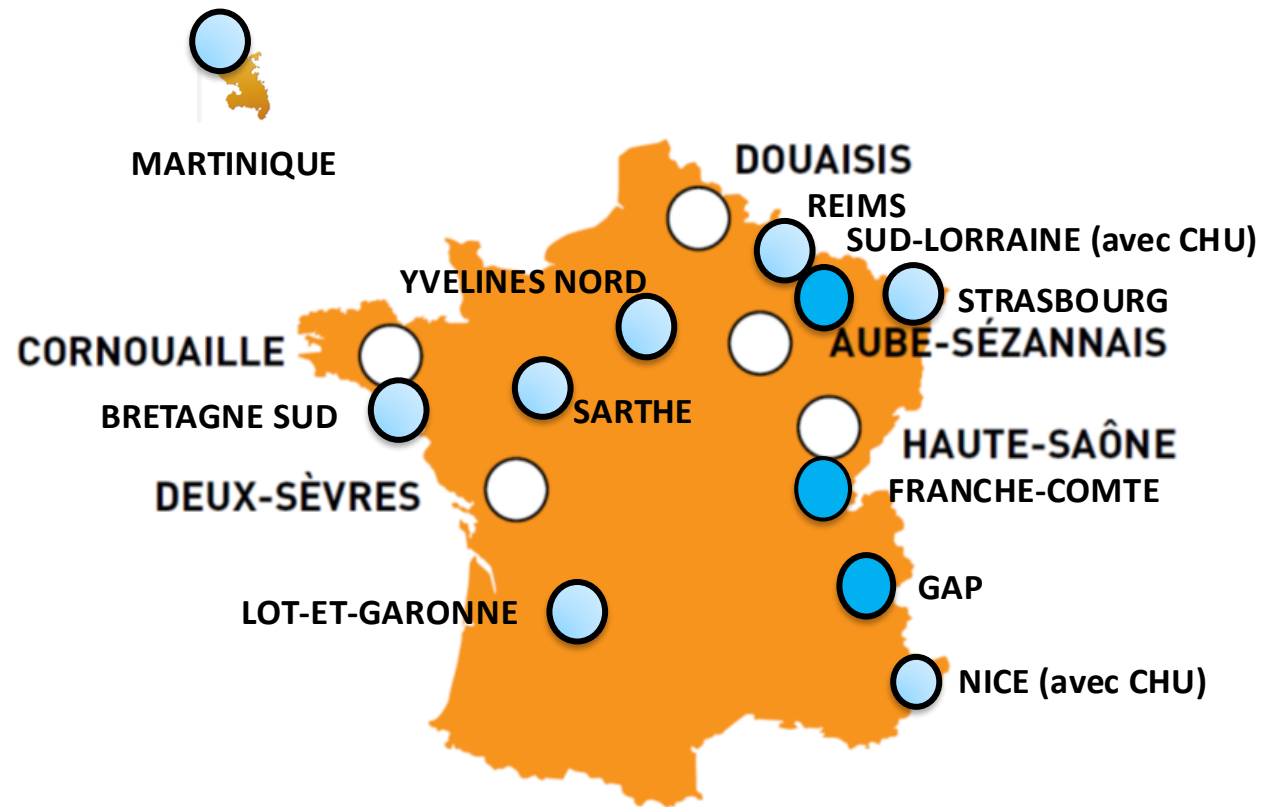
Enquêtes sur les 5 territoires pionniers par Pre K. JANUS (*Columbia University*) entre 2022 et 2023

- **Amélioration des collaborations** entre professionnels, entre la ville et l'hôpital
- **Satisfaction des professionnels de santé** : partage d'information, profils mieux ciblés
- **Diminution du délai** entre diagnostic et mise en place des traitements
- **Actes** (biologie, paracliniques) **mieux ciblés**
- **Moins de patients complexes** ou isolés admis **via les urgences**
- **Appropriation facile** de l'approche RP
- Perception **d'une utilité renforcée** par les constats de l'impact positif des actions de prévention
- Patients i: meilleure compréhension de la maladie, **motivation et adhésion renforcées**
- **Des parcours de soins mieux structurés**
- Des **soins centrés sur la relation** à plusieurs niveaux :
 - *La relation avec le patient*
 - *La relation avec d'autres prestataires*
 - *La relation avec la communauté*
 - *La relation du professionnel avec lui-même*

Rapport FHF (2025)

« **Malgré des efforts initiaux** pour la mise en place, la RP, est perçue comme **optimisant les pratiques et améliorant la qualité de vie au travail** »

Indicateurs de déploiement sur 8 des 15 territoires déjà engagés (mars 2025)



- Conventions récentes
- 5 Territoires pionniers
- Territoires actifs depuis 2023

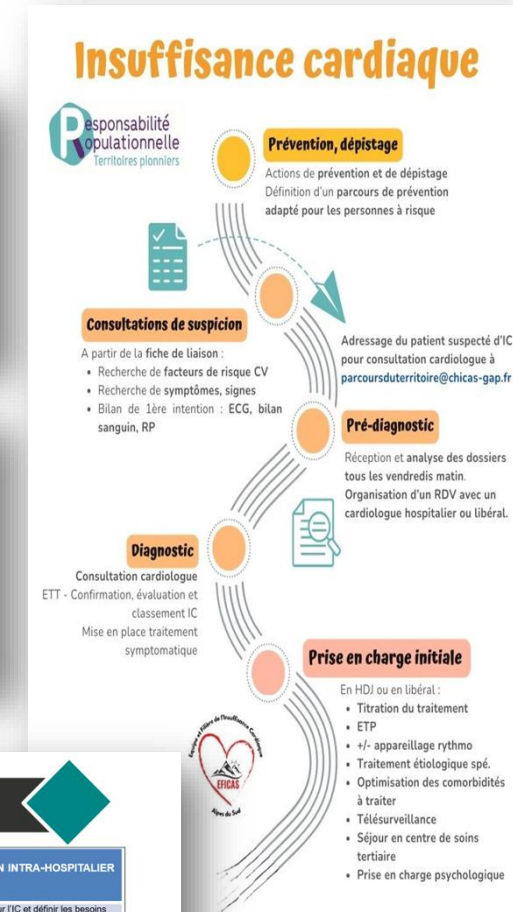


....autres



Extension : Ce que l'on constate

- La structuration est plus rapide et plus robuste
 - En termes **d'équipe-projet**
 - En termes **d'organisation territoriale** (intégration d'emblée des CPTS, DAC, CLS, ARS, CPAM, patients, forces vives)
 - En termes de **participants** aux réunions cliniques
- Le « rythme » est *très* rapide
 - Les **trois territoires** ont terminé leurs réunions cliniques et leur programme d'action à la fin du mois (soit +/- 6 mois de travail)
 - Les **programmes sont extrêmement complets** (de la prévention primaire aux patients complexes, en couvrant toutes les facettes des parcours de santé et un important travail sur les déterminants de santé)
 - Le **caractère opérationnel** de ces programmes est très abouti (fiches projets, responsables d'action, calendriers, etc.)
 - Des **stratégies territoriales** abouties
- Un début de soutien institutionnel
 - Soutien et financement de projet par ARS PACA et ARS BFC



Programme d'actions	
ACTION : CRÉER UNE ETP INSUFFISANCE CARDIAQUE EN INTRA-HOSPITALIER AU SEIN DE L'HNFC	
Description	Formaliser le programme d'ETP sur l'IC et définir les besoins humains, organisationnels et matériels
Objectifs	- Mettre à jour le programme d'ETP IC - Formaliser l'organisation et identifier les besoins en personnels - Transmettre le programme d'ETP à l'ARS - Inclure l'accompagnement thérapeutique dans le projet d'ETP et réfléchir à sa place en milieu hospitalier - Développer des ateliers spécifiques pour l'entourage et les aidants : accompagnement, suivi, soutien psychologique
Calendrier	6 mois - 1 an (début avril 2024)
Public cible	Patients IC strates 1 à 4 et aidants
Pilote de l'action	Dr Dumitriu, UTEP, Mme Journot, Mme Maire Aurore (IPAP) / Cadres de cardiologie / Dr Karimou / Dr Duwig-Oprela (ETP en SMR)
Chargé opérationnel de l'action	Dr Dumitriu
Acteurs associés	ARS - Marcus Delphine / Direction des soins / HDJ ? / Service des consultations / Assistantes sociales / Associations de patients / Diététiciennes / Tabacologue / Psychologue
Indicateurs	Nombre de patients intégrés / nombre et nature des ateliers



RP : Les acquis des Territoires Pionniers

- Le modèle fonctionne...
- Il est construit pour être reproductible : kit « d'accueil »
- L'expérience des Territoires Pionniers a permis d'apprendre....
- ...de développer de la méthodologie



LE BON SOIN, AU BON MOMENT

QUELLE STRATE POUR MON PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 2 ?

Stratégie	Stratégie 1	Stratégie 2	Stratégie 3	Stratégie 4
1. Suivi médical	✓	✓	✓	✓
2. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
3. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
4. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
5. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
6. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
7. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
8. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
9. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
10. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
11. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
12. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
13. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
14. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
15. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
16. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
17. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
18. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
19. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
20. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
21. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
22. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
23. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
24. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
25. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
26. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
27. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
28. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
29. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
30. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
31. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
32. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
33. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
34. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
35. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
36. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
37. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
38. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
39. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
40. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
41. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
42. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
43. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
44. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
45. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
46. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
47. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
48. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
49. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
50. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓

QUEL OBJECTIF GLYCÉMIQUE POUR MON PATIENT ?

Objectif	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Objectif 4
1. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
2. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
3. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
4. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
5. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
6. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
7. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
8. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
9. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
10. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
11. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
12. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
13. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
14. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
15. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
16. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
17. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
18. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
19. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
20. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
21. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
22. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
23. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
24. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
25. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
26. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
27. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
28. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
29. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
30. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
31. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
32. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
33. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
34. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
35. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
36. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
37. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
38. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
39. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
40. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
41. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
42. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
43. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
44. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
45. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
46. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
47. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
48. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
49. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%
50. HbA1c	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%

LES PARCOURS PARTAGÉS :

Parcours	Parcours 1	Parcours 2	Parcours 3	Parcours 4
1. Suivi médical	✓	✓	✓	✓
2. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
3. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
4. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
5. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
6. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
7. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
8. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
9. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
10. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
11. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
12. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
13. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
14. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
15. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
16. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
17. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
18. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
19. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
20. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
21. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
22. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
23. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
24. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
25. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
26. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
27. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
28. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
29. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
30. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
31. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
32. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
33. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
34. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
35. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
36. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
37. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
38. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
39. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
40. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
41. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
42. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
43. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
44. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
45. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
46. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓
47. Suivi psychosocial	✓	✓	✓	✓
48. Suivi nutritionnel	✓	✓	✓	✓
49. Suivi physique	✓	✓	✓	✓
50. Suivi éducatif	✓	✓	✓	✓



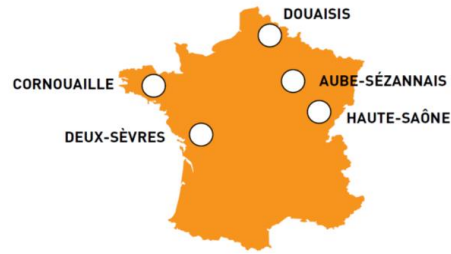
- Et de **mutualiser un savoir-faire** opérationnel et des outils



Quels résultats sur le territoire de l'Aube et du Sézannais ?



2018 Lancement d'une expérimentation à grande échelle par la FHF



2019

5 Territoires d'expérimentation en France, sur les pathologies : diabète de type 2 et insuffisance cardiaque



Février 2019 création de l'**association** pour porter la démarche, en l'absence de CPTS sur le territoire de l'Aube et du Sézannais



4^{ème} T 2019 démarrage des réunions cliniques sur la thématique du diabète.
Clôture fin 2020, en raison de la pause liée à la crise du COVID.



Juin 2021 début des actions terrains, en partenariat avec les acteurs locaux



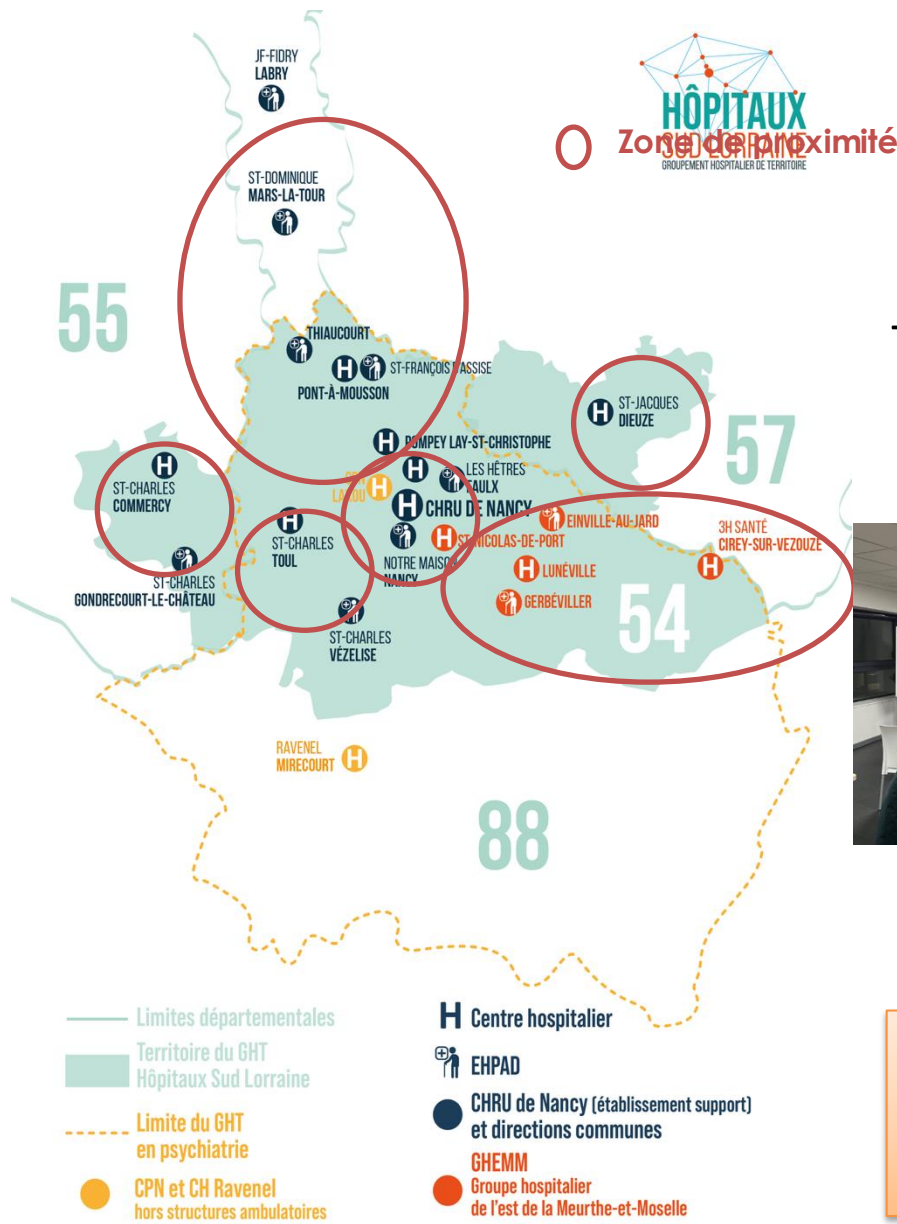
A ce jour... renforcement du lien ville-hôpital, inscription dans le projet de santé des CPTS, fiche-action dans les CLS, réorganisation hospitalière (HDJ, HDS), projet citoyen « Ambassadeur santé », etc.



L'approche sur le GHT 7 depuis 2024

Nancy – Sud Lorraine

Métropole du Grand Nancy, Toul, Dieuze, Lunéville, Commercy et bientôt le Val de Lorraine avec à chaque fois une équipe d'animation locale et l'appui de l'équipe projet RP



+ de 30 réunions cliniques



Actions prioritisées pour la Métropole du Grand Nancy

Strate 0	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4
ALLER VERS » LA POPULATION DT2 ou à risque • Actions planifiées pour 2025 • Travail avec Scalen pour cibler 2026 →CHRUN/CPTS/AFD/Métropole				
DÉVELOPPER LA POSTURE ÉDUCATIVE				
Faire du DT2 = « GRANDE CAUSE MÉTROPOLITAINE »				
Optimiser les outils pour: le repérage, le dépistage? L'annonce et la coordination des acteurs	Développer l'ETP graduée et coordonnée, en particulier au niveau des soins de 1 ^{er} recours	Mettre en place un temps un d'échange précoce (TEI)	Optimiser les outils (alerte automatisée) et la coordination (DAC)	Développer la conciliation médicamenteuse (ETP, temps dédié, adaptation)

Equipe projet : binôme médico-administratif
Equipes d'animation sur chaque zone de proximité
Un comité stratégique composé de : Equipe projet + équipes animation + 6 CPTS, DAC54, France Assos Santé Grand Est, ARS Grand Est, collectivités territoriales, CPAM54, URPS (médecins, Ide, kiné, pharmaciens...), Faculté de Médecine, Maïeutique et métiers de la Santé, Université de Lorraine, Conseils de d'Ordre (médecins, ide, pharmaciens), Pulsy.

Exemples d'actions d' « aller vers » visant la « strate 0 »

Repérage du risque de DT2 : Evaluation du risque à 10 ans et discussion autour des facteurs de risques



Facteurs de risques de DT2

Etes-vous concerné par :

- Prédiabète (Glycémie 1,10 et 1,25 g/l) ☐
- Schizophrénie, troubles bipolaires ☐
- Syndrome des ovaires poly kystiques ☐
- Acanthosis Nigricans ☐
- Apnée du sommeil ☐
- Origine géographique non caucasienne et/ou migrants ☐
- Traitement par corticoïdes au long cours ☐
- Fumeurs actif ☐ ou passif ☐
- Antécédents de diabète gestationnel ☐
- Antécédents familial 1er degré de diabète ☐
- HTA > 140/90 ou sous traitement pour hypertension ☐
- Antécédents de maladie cardiovasculaire ☐
- Dyslipidémie traitée ou non HTG > 2g/l ☐
- HDL cholestérolémie < 0,35g/l ☐
- Vous considérez vous en situation de précarité ☐
- Vous considérez vous sédentaire ☐



DIABÈTE, ÉVALUEZ VOS RISQUES

— CALCULEZ VOTRE RISQUE EN 8 QUESTIONS ET 30 SECONDES.

Ce test est fait pour vous, il vous renseignera sur vos prédispositions au diabète de type 2.

Ce test appelé **FINDRISC** (Finnish Diabetes Risk Score) est recommandé par la Haute Autorité de Santé, reconnu internationalement et approuvé par les instances de santé françaises (notamment par le ministère de la Santé).

Le résultat de ce test est une **estimation du risque**. Il ne constitue en aucun cas un diagnostic. Pour cela, il faudra consulter votre médecin traitant.

- 1. Quel âge avez-vous ?**
 - ☐ moins de 35 ans (0 point)
 - ☐ entre 35 et 44 ans (1 point)
 - ☐ entre 45 et 54 ans (2 points)
 - ☐ entre 55 et 64 ans (3 points)
 - ☐ plus de 64 ans (4 points)
- 2. Un membre de votre famille est-il atteint de diabète ?**
 - ☐ non (0 point)
 - ☐ oui, un membre de la famille plus éloigné : un grand-parent, une tante, un oncle, un(e) cousin(e). (3 points)
 - ☐ oui, un membre de la famille proche : un père, une mère, un enfant, un frère, une sœur... (5 points)
- 3. Quel est votre tour de taille au niveau du nombril ?**

Homme

 - ☐ A - moins de 94 cm (0 point)
 - ☐ B - 94-102 cm (3 points)
 - ☐ C - plus de 102 cm (4 points)

Femme

 - ☐ 1 - moins de 80 cm (0 point)
 - ☐ 2 - 80-88 cm (3 points)
 - ☐ 3 - plus de 88 cm (4 points)
- 4. Pratiquez-vous au moins 30 minutes d'activité physique par jour ?**
 - ☐ oui (0 point)
 - ☐ non (2 points)
- 5. Combien de fois mangez-vous des légumes et des fruits ?**
 - ☐ tous les jours (0 point)
 - ☐ pas tous les jours (1 point)
- 6. Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments contre l'hypertension ?**
 - ☐ non (0 point)
 - ☐ oui (2 points)
- 7. Vous a-t-on déjà découvert un taux de sucre sanguin élevé ?**
 - ☐ non (0 point)
 - ☐ oui (5 points)
- 8. Quel est votre indice de masse corporelle (IMC) ?**

L'IMC est calculé de la façon suivante : poids corporel (en kg) divisé par la taille (en m) au carré. Il peut aussi être trouvé dans le tableau ci-dessous.

TAILLE EN MÈTRE	POIDS EN KILO																				
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150
1,55	19,2	20,8	22,4	23,9	25,5	27,1	28,7	30,3	31,9	33,5	35,1	36,7	38,3	39,9	41,5	43,1	44,7	46,3	47,9	49,5	51,1
1,60	17,5	19,1	20,7	22,3	23,9	25,5	27,1	28,7	30,3	31,9	33,5	35,1	36,7	38,3	39,9	41,5	43,1	44,7	46,3	47,9	49,5
1,65	16,0	17,6	19,2	20,8	22,4	23,9	25,5	27,1	28,7	30,3	31,9	33,5	35,1	36,7	38,3	39,9	41,5	43,1	44,7	46,3	47,9
1,70	14,7	16,3	17,9	19,5	21,1	22,7	24,3	25,9	27,5	29,1	30,7	32,3	33,9	35,5	37,1	38,7	40,3	41,9	43,5	45,1	46,7
1,75	13,6	15,2	16,8	18,4	20,0	21,6	23,2	24,8	26,4	28,0	29,6	31,2	32,8	34,4	36,0	37,6	39,2	40,8	42,4	44,0	45,6
1,80	12,6	14,2	15,8	17,4	19,0	20,6	22,2	23,8	25,4	27,0	28,6	30,2	31,8	33,4	35,0	36,6	38,2	39,8	41,4	43,0	44,6
1,85	11,8	13,4	15,0	16,6	18,2	19,8	21,4	23,0	24,6	26,2	27,8	29,4	31,0	32,6	34,2	35,8	37,4	39,0	40,6	42,2	43,8
1,90	11,1	12,7	14,3	15,9	17,5	19,1	20,7	22,3	23,9	25,5	27,1	28,7	30,3	31,9	33,5	35,1	36,7	38,3	39,9	41,5	43,1
1,95	10,5	12,1	13,7	15,3	16,9	18,5	20,1	21,7	23,3	24,9	26,5	28,1	29,7	31,3	32,9	34,5	36,1	37,7	39,3	40,9	42,5

ADDITIONNEZ LES POINTS CORRESPONDANT À VOS RÉPONSES ET NOTEZ LE CHIFFRE DANS CETTE CASE.

— CONTRÔLEZ, GRÂCE À VOS RÉSULTATS, VOTRE RISQUE DE DEVENIR DIABÉTIQUE AU COURS DES DIX PROCHAINES ANNÉES

● En dessous de 7 points ▶ 1 %*

Votre risque de développer un diabète de type 2 est faible. Cependant, votre état de santé peut évoluer. Pour préserver cet équilibre, il vous faut maintenir de bonnes habitudes de vie en ayant recours à une alimentation saine et à une activité physique régulière.

● Entre 7 et 11 points ▶ 4 %*

Une certaine prudence sera de mise, même si votre risque de devenir diabétique n'est que légèrement accru. Retrouvez tous les conseils pratiques pour bien manger et bien bouger au dos de cette plaquette et sur le site : www.contrediabete.fr

● De 12 à 14 points ▶ 17 %*

Antécédents familiaux, surpoids ou manque d'activité physique : le diabète n'est pas une fatalité ! Il est important de faire preuve de vigilance concernant votre alimentation et votre activité physique. Retrouvez les conseils pratiques pour bien manger et bien bouger au dos de cette plaquette et sur le site www.contrediabete.fr, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant pour vous y aider.

● De 15 à 20 points ▶ 33 %*

Un tiers des patients présentant ce grade de risque deviendront diabétiques au cours des 10 prochaines années. Ne sous-estimez pas cette situation. N'hésitez pas à vous faire accompagner par un professionnel de santé ou par un tiers à votre médecin.

● Plus de 20 points ▶ 50 %*

Votre risque de développer un diabète de type 2 est élevé et il se peut que vous soyez déjà atteint de diabète. C'est le cas pour 35 % des personnes qui totalisent un score de plus de 20 points. Cependant, ce test ne remplace pas un diagnostic. Un rendez-vous avec votre médecin traitant est indispensable dans les meilleurs délais.

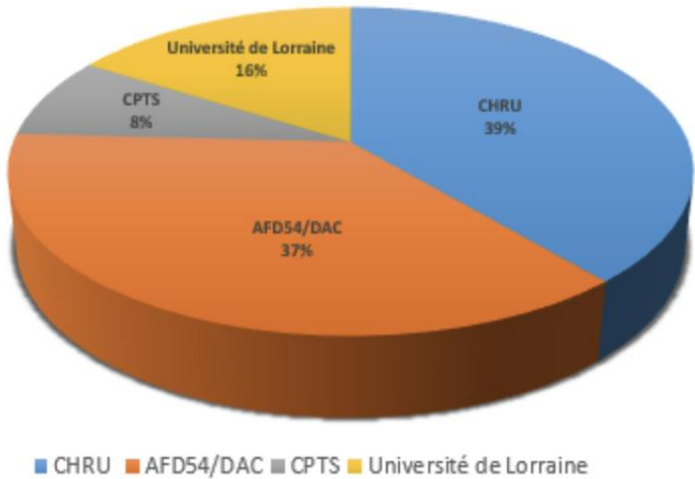
* Un risque de 4 % signifie que 4 personnes sur 100 présentant un tel score peuvent devenir diabétiques de type 2 dans le courant des 10 années à venir.



Données d'activités des actions de repérage du risque: « Aller vers » la population (Nancy)

Acteurs

- Professionnels de santé libéraux via la CPTS
- Infirmiers en pratique avancée
- Infirmiers d'éducation thérapeutique,
- Bénévoles d'association (AFD 54),
- Etudiants en médecine,
- Métropole du Grand Nancy via le contrat local de santé



Impact

- Au cours des 15 premières actions
- 629 personnes ont bénéficié d'une information
 - 666 Personnes supplémentaires d'une estimation du risque de DT2.
 - Parmi elles, 165 présentaient un profil à risque et ont été invitées à consulter leur médecin traitant

	Taux d'inclusion	sensibilisation	findrisk	glycemies	Inclusion	Inclusion strate	Strate 1
1		48	62	33	12	12	
2	marche central 7h-16h 23/01/25	46	46	25	10	10	
3	haussenville 7h-12h 27/02/25	87	86	20	2	2	
4	Rein cœur diabète 17-20h 13/03/25	57%	30	30	24	17	17
5	Malzeville 9-16h 27/03/25	29%	14	14	14	4	
6	Pulnoy 14h-16h30 03/04/25	27%	102	102	100	27	
7	Vandoeuvre 9h-16h 24/04/25	56%	27	27	27	15	
8	Plateau de Haye 9h-16h 26/04/25	54%	24	24	24	13	
9	Laneuveville 9h-16h 22/05/25	50%	24	24	24	12	
10	Saulxures les nancy 9h-16h 26/06/2	8%	50	90	90	7	
11	Diabetonic 6/09/25	19%	31	31	35	6	
12	Heillecourt 9h-16h 25/09/25	32%	50	44	70	14	
13	Neuves Maisons 01/10/25	39%	48	38	42	12	
14	Forum des aidants 06/10/25		33	33	33	10	
15	Villers 9h-16h 30/10/25		15	15	13	4	
16	AARS Boite a cuisine						
17	hotel de ville 26/11/25						
18	Pulnoy 9h-16h 27/11/25						
19	Brabois 9h-16h 27/11/25						
20	Central neuro 9h-16h 27/11/25						
21	Essey 9h-16h 12/12/25						
22							
23							
24		629	666	574	165		

RESPO DIABÈTE

JOURNÉE DE DÉPISTAGE

25 SEPTEMBRE 2025

PRISE DE POIDS ?

FUMEUR ?

DIABÈTE GÉSTATIONNEL ?

Rejoignez-nous à la Maison du Temps Libre au 11 Rue Gustave Leclair pour un dépistage





 Ligne de vie

Choisir un filtre ▼Stratification 🔒

Fiche essentiel usager



Association des Diabétiques
de Lorraine



Autorisation de Transmission des Résultats de Dépistage au Médecin Traitant

Dépistage du diabète de type 2
Date :

Informations pour le patient

Dans le cadre de cette journée de dépistage, des examens permettant de détecter un éventuel diabète ou un déséquilibre glycémique seront réalisés. Si vos résultats présentent des anomalies ou des valeurs préoccupantes, il est important d'en informer votre médecin traitant pour un suivi médical adapté.

Conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données personnelles (RGPD), vos résultats ne seront transmis à votre médecin traitant qu'avec votre consentement explicite.

Je soussigné(e) :

Nom : _____ Nom de Naissance : _____

Prénom :

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone :

Adresse e-m

Déclare :

- Être informé(e) que mes résultats de dépistage pourraient indiquer un risque ou un déséquilibre lié au diabète.
- Autoriser la CPTS de la métropole Nancéienne et/ou le CHRU de Nancy à transmettre mes résultats de dépistage perturbés à mon médecin traitant pour un suivi médical.
- Comprendre que ces informations seront utilisées uniquement dans le cadre de ma prise en charge médicale.

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date :

Signature

En signant ce document, je donne mon consentement libre, éclairé et explicite.

Nancy, le _____

Docteur,

Lors d'une action de repérage des risques en santé, votre patient Mme/Mr a accepté de rentrer dans un parcours « responsabilité

En tant que médecin traitant, nous ne pouvons pas faire sans vous. Cela ne vous occasionnera pas de travail supplémentaire.

Paramètres de la personne :

Age :

Score Findrisc* :

IMC : + FDR :

Glycémie capillaire (g/l) :

vous vous prions de croire, Docteur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

L'équipe responsabilité populationnelle du territoire de Nancy.

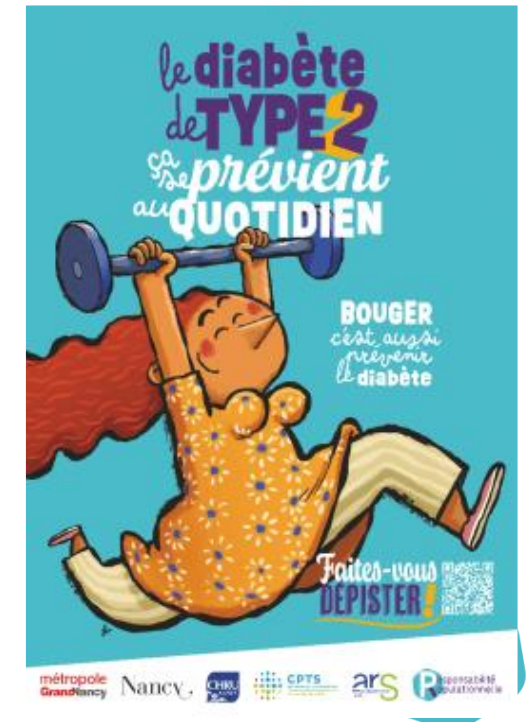
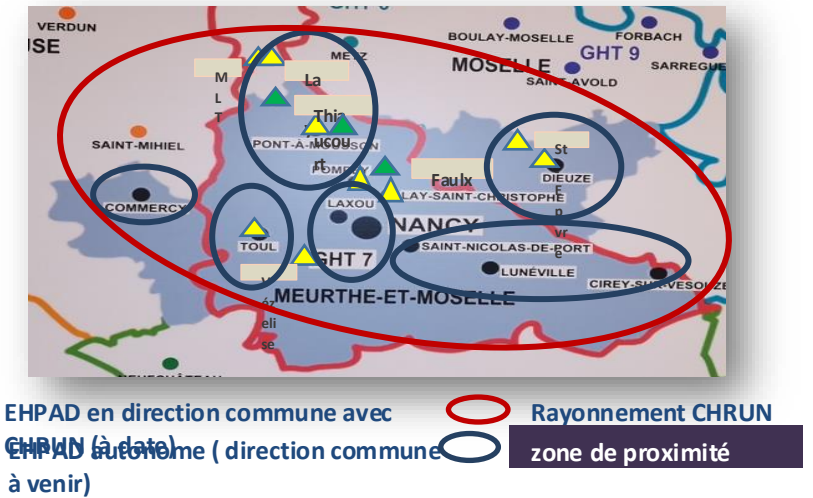
core de risque de présenter un diabète de type 2 dans les 10 ans

Järvelin I, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hämäläinen H, Mäke-Pakkanen P, Keininen-Kiiskanniemi S, Uusitupa M, Tuomilehto J: Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes Care*. 2008 May;31(5):857-62.



Actions prioritisées sur le GHT7

- Développer les actions de repérage du risque et de promotion de la santé (communication ++)
- Développer les formations, en particulier à la posture éducative et l'éducation thérapeutique
- Coordonner l'ETP existante et la structurer pour le premier recours (+lien ville/hôpital)
- Développer les outils de coordination (outils d'adressage, e-parcours diabète, plateformes e-etp)
- Optimiser l'offre ambulatoire (ex: accès ophtalmologue, ..)
- Ressources dédiées au repérage des ruptures de parcours et à la conciliation médicamenteuse
- Développer et optimiser les outils de télé-expertise (avis, rcp dédiées)
- Contribuer à une meilleure répartition de l'offre de soin (ex: postes partagés médicaux pour des hdj, ..)



Conclusion

- RP = modèle d'intégration clinique qui tend à fonctionner
- Impact favorable en matière de prévention primaire et secondaire
- Collaborations et coordination entre acteurs (lien ville/hôpital) optimisées
- Structuration des parcours de soins (intégrant l'ETP) et des actions de dépistage
- Ressources mieux utilisées, notamment hospitalières
- Meilleure qualité du travail et de la vie au travail des professionnels
- Développement de outils de e-santé pour l'inclusion et la coordination de parcours
- Co-construction avec les usagers et des acteurs clés comme les infirmiers (libéraux et hospitaliers, ETP, IPA, ..)



→ Impact favorable

- pour les personnes atteintes de DT2
- sur le système de santé qui se veut plus intégré

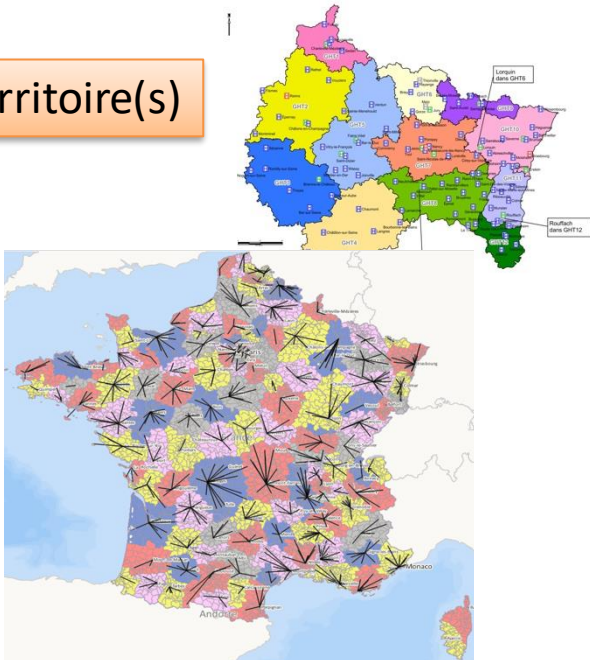


Perspectives

1

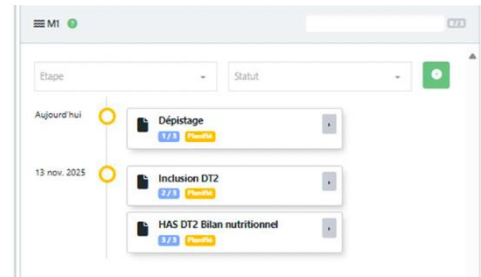
Développer les actions sur les territoires

Territoire(s)



2

Des outils de e-santé pour l'inclusion et la coordination de parcours



3

Optimiser l'identification des profils cliniques à l'échelon individuel mais aussi collectif voire dans les DPI → vers une RP « augmentée »

