

# PARCOURS TERRITORIAUX COORDONNÉS (PROTEC) MALADIES CHRONIQUES

(DIABÈTE, HTA, INSUFFISANCE CARDIAQUE, MALADIES RÉNALES CHRONIQUES, OBÉSITÉ)



Le 27-03-2026

**Drs MONFORT Astrid et FAGOUR Cédric**  
Praticiens Hospitaliers  
Co-Porteurs du projet PROTEC (GHT)

**Mme ABIB Kahina**  
Cheffe de projet PROTEC (GHT)

**CPTS Madinina**  
**Mme SURIAM Danièle**  
Secrétaire générale

# INTRODUCTION

# Contexte et enjeux majeurs pour le territoire

## Contexte Sanitaire

- **Prévalences élevées** : Diabète, HTA, IC, obésité, MRC.
- Prévalences qui augmentent avec l'âge
- une population qui *diminue mais vieillit vite* (-11,3% d'habitants attendus d'ici 2034, avec **+28,2% de ≥65 ans**)\* et une **précarité sociale non négligeable** (27% des personnes vivent sous le seuil de pauvreté)\*

=> alimente un fardeau élevé de ces maladies chroniques et des prises en charge souvent tardives.

- **Ces 5 pathologies ne sont pas des silos mais les faces d'un même continuum Cardio-REno-Metabolique**

=> En approche populationnelle : agir sur les déterminants partagés (poids, alimentation, activité physique, observance, repérage précoce) => la manière la plus cohérente et la plus efficace d'améliorer globalement les prises en charge.



# l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

## POINT GEOGRAPHIQUE 2024

### Cartographie des généralistes et des spécialistes :

#### Démographie médicale libérale

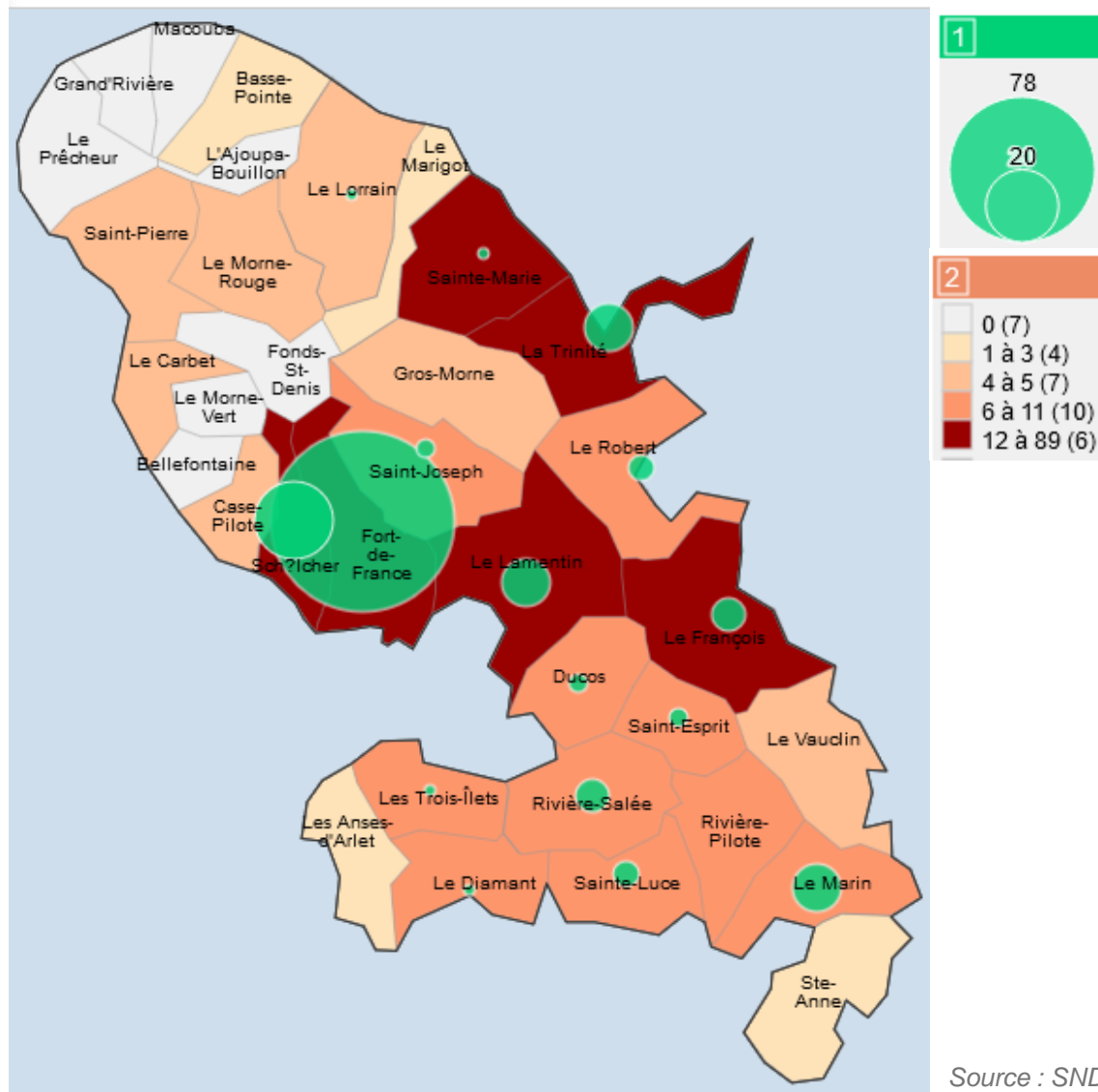
- MG : hétérogénéité, vieillissement, PDSA fragile
- Offre spécialisée sous dimensionnée et mal répartie : cardio, endoc, néphro
- Délais de prise en charge souvent longs

Cartes produites par la DCGDR - Direction de la  
Coordination de la Gestion du Risque (CGSS Martinique)



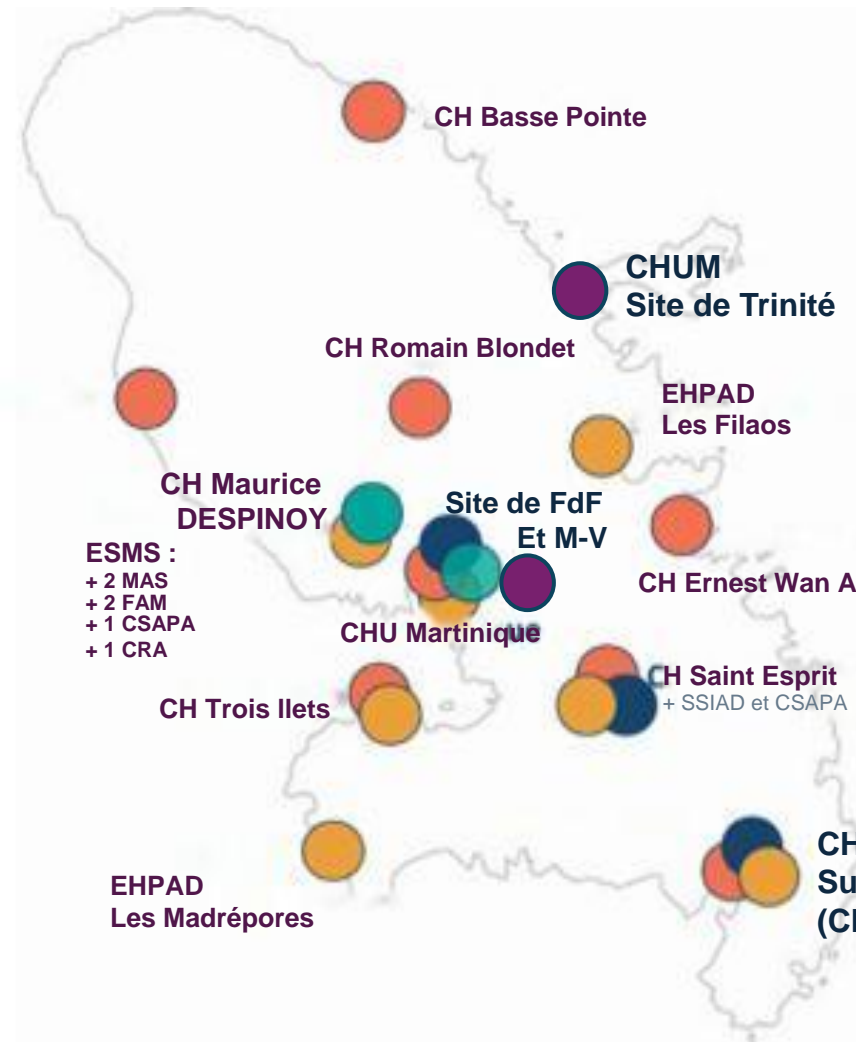
1 Nombre de spécialistes

2 Nombre de généralistes



Source : SNDS – octobre 2025

# Périmètre du GHT Martinique



**MCO** : Médecine – Chirurgie - Obstétrique  
**SSR** : Soins de Suites et Réadaptation  
**PSY** : Psychiatrie-associé

---

# DIABETE DE TYPE 2

*DONNEES PMSI 2020-2024 Atih, INSEE, FHF data*

# Pyramide DT2 sur notre territoire

Strate 4 : maladie complexe

Strate 3 : maladie instable compliquée

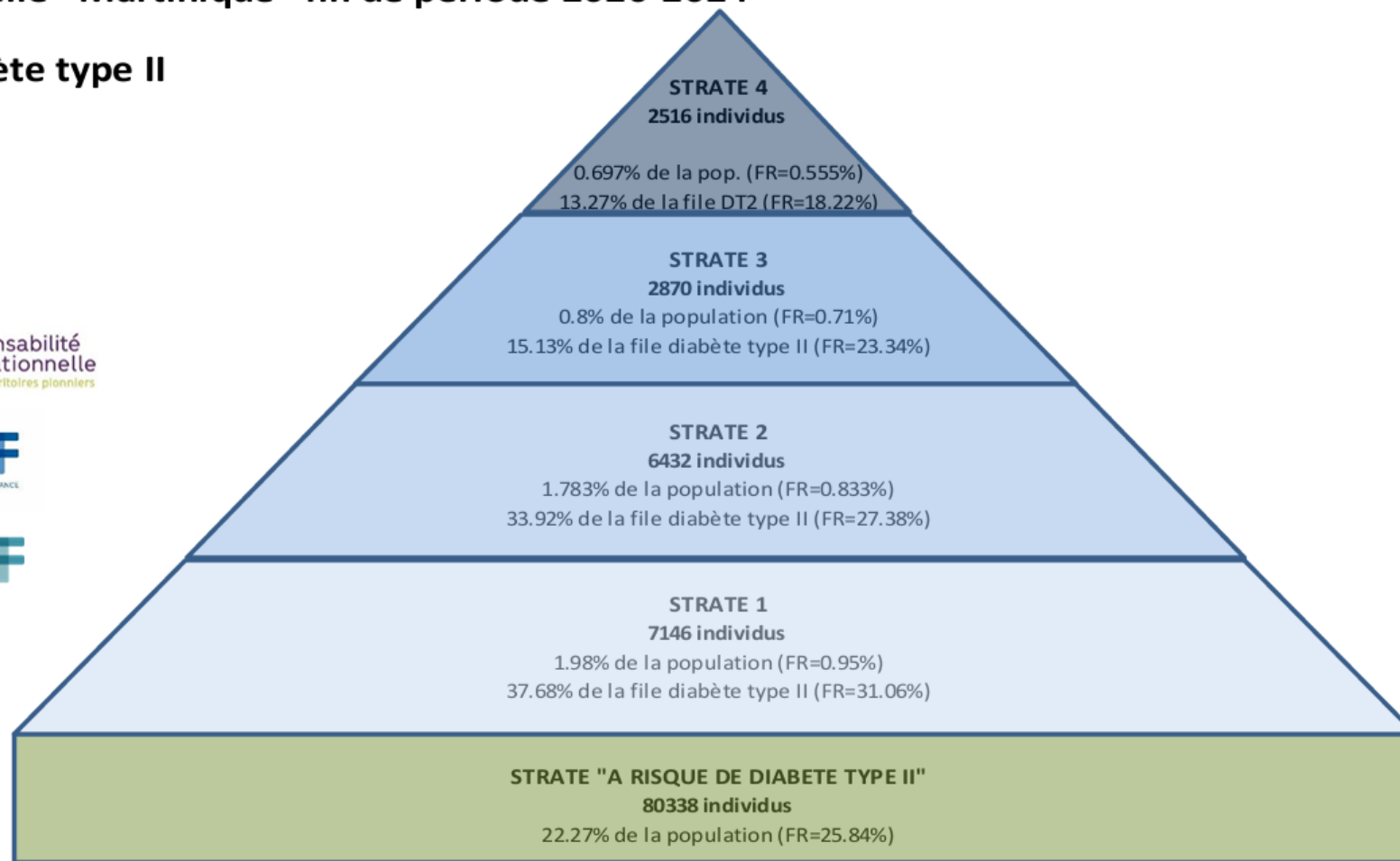
Strate 2 : maladie instable ou peu compliquée

Strate 1 : maladie stable ou non compliquée

Strate 0 : population à risque

## Parcelle "Martinique" fin de période 2020-2024

### Diabète type II



Sources : PMSI 2020-2024 Atih, INSEE, FHF data

**Près de 19 000 patients sont répartis dans les 4 strates de DT2.  
Plus de 70 % des patients DT2 sont en strates I et 2.  
Plus de 80 000 personnes sont déjà à risque de DT2.**

# Facteurs de risque au sein de la population

**Obésité: 28% de la population**

**Consommation d'alcool: 3,1% de la population**

**Tabagisme: 4,1 % de la population**

**Précarité: 10,7% de la population**

*Facteurs de risque métaboliques et sociaux qui décrivent le contexte populationnel dans lequel s'inscrit la prise en charge du diabète.*

# Parcours de soins et coûts selon la sévérité du DT2

	nb vivants fin période	% Femmes	Age moyen	Montant BR AM sur 5 ans	Nbre j. sur 5 ans (hors sé MCO)	% ayant fréq. le MCO	nb séj. MCO moyen sur 5 ans	nb séj urg moyen sur 5 ans	nb séances MCO moyen sur 5 ans	% ayant fréq. le SSR	% ayant fréq. L'HAD	% ayant fréq. la psy.
Strate 4	2 516	44.0%	73.8	67 872 €	96.8	99.6%	6.0	2.3	51.9	35.2%	10.7%	1.4%
Strate 3	2 870	45.6%	70.9	27 562 €	52.0	99.1%	3.8	1.3	4.5	31.7%	3.0%	1.6%
Strate 2	6 432	57.5%	66.7	19 448 €	38.5	98.3%	3.2	0.9	3.3	19.1%	1.8%	2.2%
Strate 1	7 146	59.6%	67.7	9 105 €	20.7	97.7%	2.1	0.4	1.3	15.9%	0.7%	1.6%
Strate "à risque" DT2	80 338	55.6%	64.8	12 084 €	26.8	97.4%	2.1	0.5	2.8	12.4%	1.0%	2.5%
Pop France générale adulte	54 549 190	52.4%	50.4	6 158 €	11.1	57.9%	1.5	0.4	1.1	6.4%	1.2%	1.9%

Plus la strate est élevée, plus la lourdeur médico-économique explose.

En strate 4, on atteint 67 872 € de recours sur 5 ans par patient.

La strate 4 correspond aussi à près de 97 jours de prise en charge sur 5 ans.

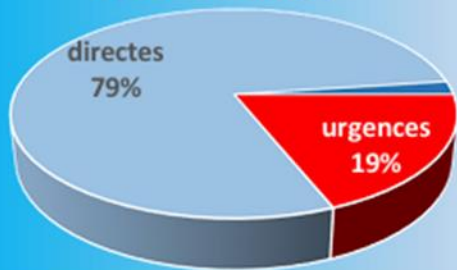
La strate 4 concentre une population plus âgée, plus fragile et beaucoup plus consommatrice de soins.

Le SSR et l'HAD progressent fortement dans les strates les plus complexes.

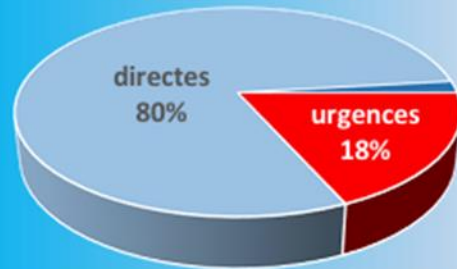
# Analyse des modes d'entrée

entrées...	2021					2022					2023					2024				
	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot
... directes	724	714	370	489	2 297	565	680	566	607	2 418	630	679	546	683	2 538	620	673	591	666	2 550
...par les urgences	149	146	138	118	551	142	162	128	123	555	127	142	144	135	548	152	126	156	136	570
...autres	10	17	27	6	60	16	13	9	17	55	11	10	8	9	38	13	8	11	7	39

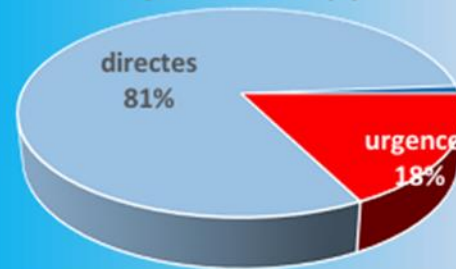
modes d'entrées en 2021 des séjours diabète(1)



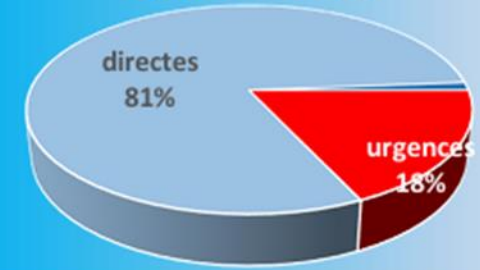
modes d'entrées en 2022 des séjours diabète(1)



modes d'entrées en 2023 des séjours diabète(1)



modes d'entrées en 2024 des séjours diabète(1)



Le mode d'entrée direct est largement majoritaire (environ 80% chaque année).  
Les entrées par les urgences représentent une part stable située entre 18% et 19%.

# Activité globale de tous les établissements (séjours diabète)

Séjours pour diabète (1) au profit des résidents de la parcelle																				
	2021					2022					2023					2024				
	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot
Nombre	883	877	535	613	2 908	723	855	703	747	3 028	768	831	698	827	3 124	785	807	758	809	3 159

Le volume total de séjours hospitaliers pour diabète a progressé entre 2021 et 2024

Il est important de noter que ces volumes sont nettement supérieurs aux taux nationaux attendus avec un écart allant de +67,7 % en 2021 à +53,7 % en 2024

## Les coûts liés à ces hospitalisations

	2021					2022					2023					2024				
	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot	T1	T2	T3	T4	Tot
Coûts (BR AM) en k€	1 777	2 145	1 674	1 481	7 077	1 743	2 180	2 156	2 336	8 415	2 321	2 620	2 723	2 598	10 262	2 357	2 589	2 426	2 818	10 190
Coûts/séj (BR AM) en €	2 012	2 446	3 129	2 416	2 434	2 411	2 550	3 067	3 127	2 779	3 022	3 153	3 901	3 141	3 285	3 003	3 208	3 201	3 483	3 226

- Coût total annuel : passé de **7,07 millions €** en 2021 à **10,19 millions €** en 2024.
- Coût moyen par séjour : passé de **2 434 €** en 2021 à **3 226 €** en 2024.

**Répartition locale** : La majorité de l'activité est portée par le **CHU de Martinique** (sites Pierre Zobda Quitman et Trinité).

# Points de lecture

Ce document doit nous alerter :

la Martinique a déjà plus de 18 900 patients répartis dans les 4 strates de diabète de type 2, et plus de 80 000 personnes à risque.

Le sujet n'est donc plus de savoir s'il faut agir, mais à quelle vitesse et avec quel niveau d'ambition.

Si nous ne structurons pas maintenant des parcours territoriaux forts sur le diabète, l'obésité, les complications cardio-rénales et le pied diabétique, nous subirons mécaniquement une aggravation des formes complexes, avec des coûts et des hospitalisations qui deviennent massifs dans les strates les plus sévères.



# Pyramide IC sur notre territoire

Strate 5 : maladie très complexe

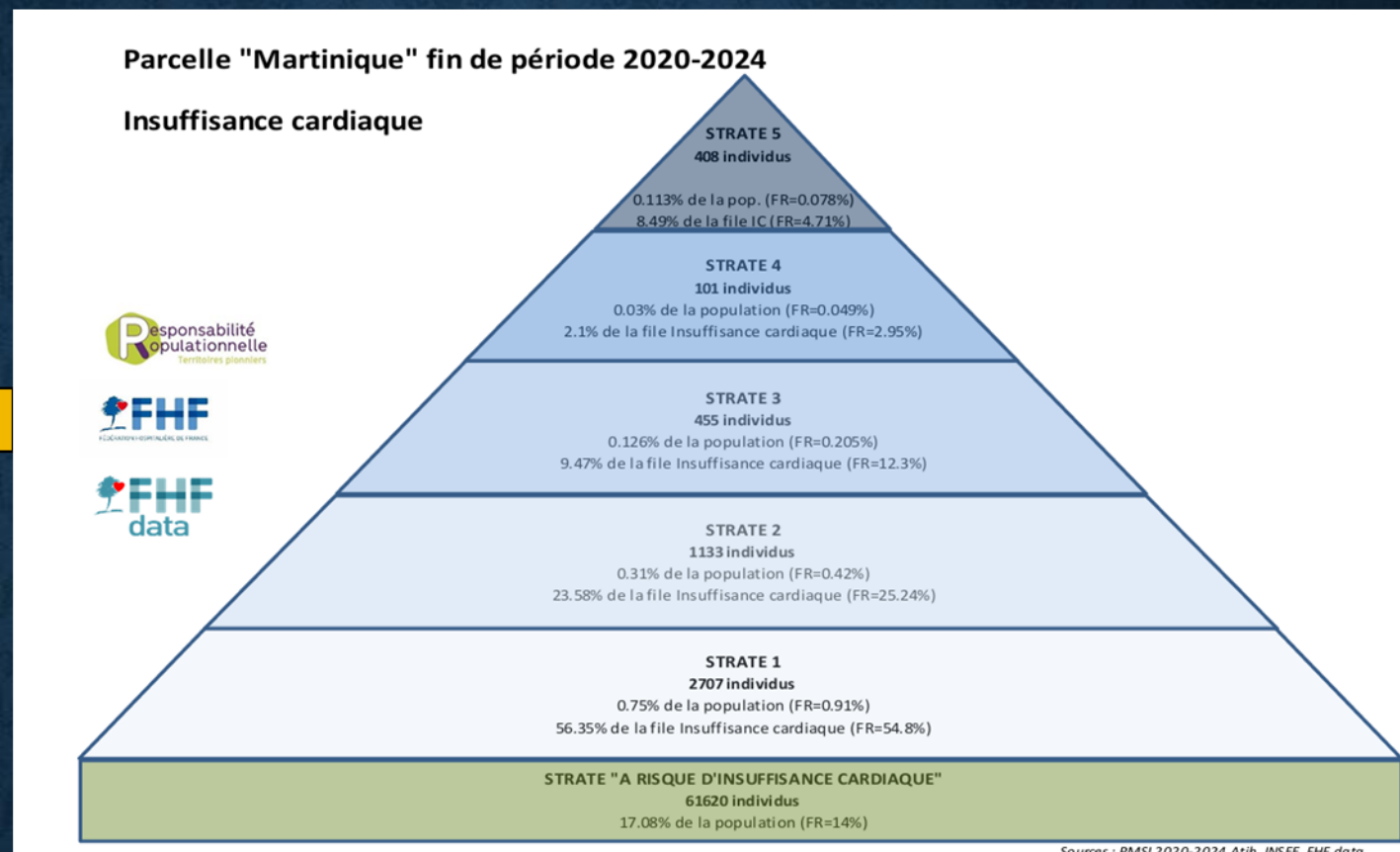
Strate 4 : maladie complexe

Strate 3 : maladie instable compliquée

Strate 2 : maladie instable ou peu compliquée

Strate 1 : maladie stable ou non compliquée

Strate 0 : population à risque



Un vivier à risque très large, en amont de l'insuffisance cardiaque.

Le poids principal de la file IC est concentré dans les strates 1 et 2.

La Martinique se distingue par une surreprésentation de la strate 5 par rapport à la France hexagonale.

Moins de volume global qu'en France Hexagonale, mais davantage de gravité au sommet de la pyramide. Le sujet est non seulement l'IC sévère mais aussi la masse des patients à risque et à repérer plus tôt.

# IC: Facteurs de risque au sein de la population

Obésité: 26,2% de la population

Consommation d'alcool: 6,5 % de la population

Tabagisme: 11,7 % de la population

Précarité: 17,9% de la population

*Facteurs de risque métaboliques et sociaux qui décrivent le contexte populationnel dans lequel s'inscrit la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.*

# Parcours de soins et coûts selon la sévérité de l'IC

	nb vivants fin période	% Femmes	Age moyen	Montant BR AM sur 5 ans	Nbre j. sur 5 ans (hors sé MCO)	% ayant fréq. le MCO	nb séj. MCO moyen sur 5 ans	nb séj urg moyen sur 5 ans	nb séances MCO moyen sur 5 ans	% ayant fréq. le SSR	% ayant fréq. L'HAD	% ayant fréq. la psy.
Strate 5	408	38.5%	69.4	151 238 €	141.2	99.8%	10.8	3.6	188.2	31.6%	11.3%	1.0%
Strate 4	101	32.7%	71.0	87 328 €	149.4	100.0%	9.5	4.6	2.5	61.4%	17.8%	5.0%
Strate 3	455	45.9%	73.7	67 661 €	131.3	100.0%	7.0	3.5	2.9	50.5%	10.1%	2.2%
Strate 2	1 133	46.2%	74.8	41 511 €	74.0	99.8%	5.1	2.5	1.9	39.3%	8.1%	1.8%
Strate 1	2 707	47.0%	74.0	19 926 €	31.7	98.8%	3.1	1.5	0.8	23.4%	3.1%	1.2%
Strate "à risque" d'IC	61 620	59.3%	61.7	18 118 €	34.7	97.7%	2.7	0.8	4.8	18.7%	1.6%	2.5%

Plus la strate s'élève, plus la charge médico-économique explose.

En strate 5, le recours atteint 151 238 € sur 5 ans par patient (x7 / Strate 1)

Les hospitalisations se multiplient avec la sévérité, jusqu'à 10,8 séjours MCO en moyenne en strate 5.

Les strates élevées concentrent aussi davantage d'urgences, de SSR et d'HAD.

Les patients les plus sévères deviennent fortement dépendants du système de soins.

La strate 4 ressort comme une strate de grande fragilité et de forte consommation d'aval.



**PRoTeC**

Parcours Territoriaux Coordonnés

*Tous acteurs de votre santé*

## POINTS DE LECTURE

---

- La Martinique présente un profil paradoxal mais préoccupant de patients atteints d'insuffisance cardiaque:
- une file IC globale un peu moins importante qu'en France, mais une population à risque plus large et une surreprésentation nette des formes les plus lourdes au sommet de la pyramide.
- Cela plaide à la fois pour un investissement en amont sur le repérage et la prévention des décompensations, et pour une structuration forte de la filière IC complexe, compte tenu de la charge hospitalière, médico-économique et aval des strates élevées.



sultat du vote  
% des votes

# QUELLES STRATÉGIES DE LANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION DE PROTEC ?

**PRoTeC**

Parcours Territoriaux Coordonnés

Tous act

# QUELLES ZONES D'EXPERIMENTATION ?

## Le Sud Martinique, Territoire pilote du projet

Territoire d'expérimentation retenu pour sa proximité avec le CHISC, l'existence d'une parfaite concordance entre les objectifs de PROTEC et du Contrat Local de Santé Intercommunale (CLSI) notamment sur l'amélioration des parcours, la prévention et l'accès aux soins.



# Indicateurs populationnels année 2025

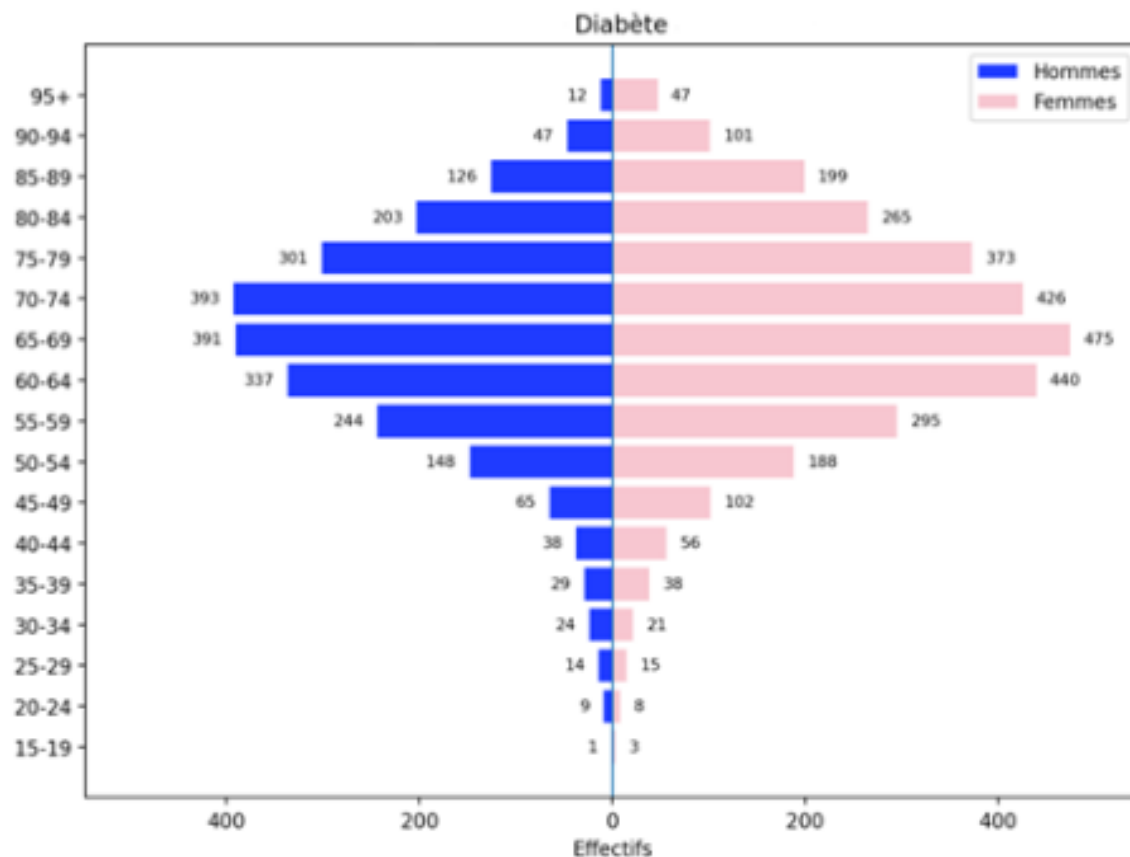
- **Ces éléments visent à objectiver :**
  - la taille des populations cibles avec leurs caractéristiques
  - les premiers marqueurs de suivi/recours aux soins
- Les résultats présentés concernent la population affiliée au Régime Général de l'Assurance Maladie (gestion CGSS Martinique) :
  - environ 95% de la population.
  - Certains régimes spéciaux ne sont pas inclus.
- Les données démographiques communales issues de l'INSEE (population 2023, mise à jour décembre 2025) sont utilisées à titre de repère démographique.

## Points structurants

- Diabète : **5 434 patients**
- Insuffisance cardiaque : **1 166 patients**
- Diabète + IC : **225 patients**
- Proportion sans médecin traitant très faibles (1%) : point d'appui pour l'articulation ville-hôpital
- Part de bénéficiaires C2S non négligeable :
  - Diabète : **25%**
  - IC : **22%**
  - Diabète + IC : **24%**
- Moins de 1% de résidents EHPAD (une dizaine) et les situations migratoires sont très marginales.
- Ces éléments soulignent à la fois :
  - une population largement suivie en soins primaires
  - une dimension sociale marquée, à intégrer dans les actions PROTEC.

# Tranches d'âge et sexe (DT2)

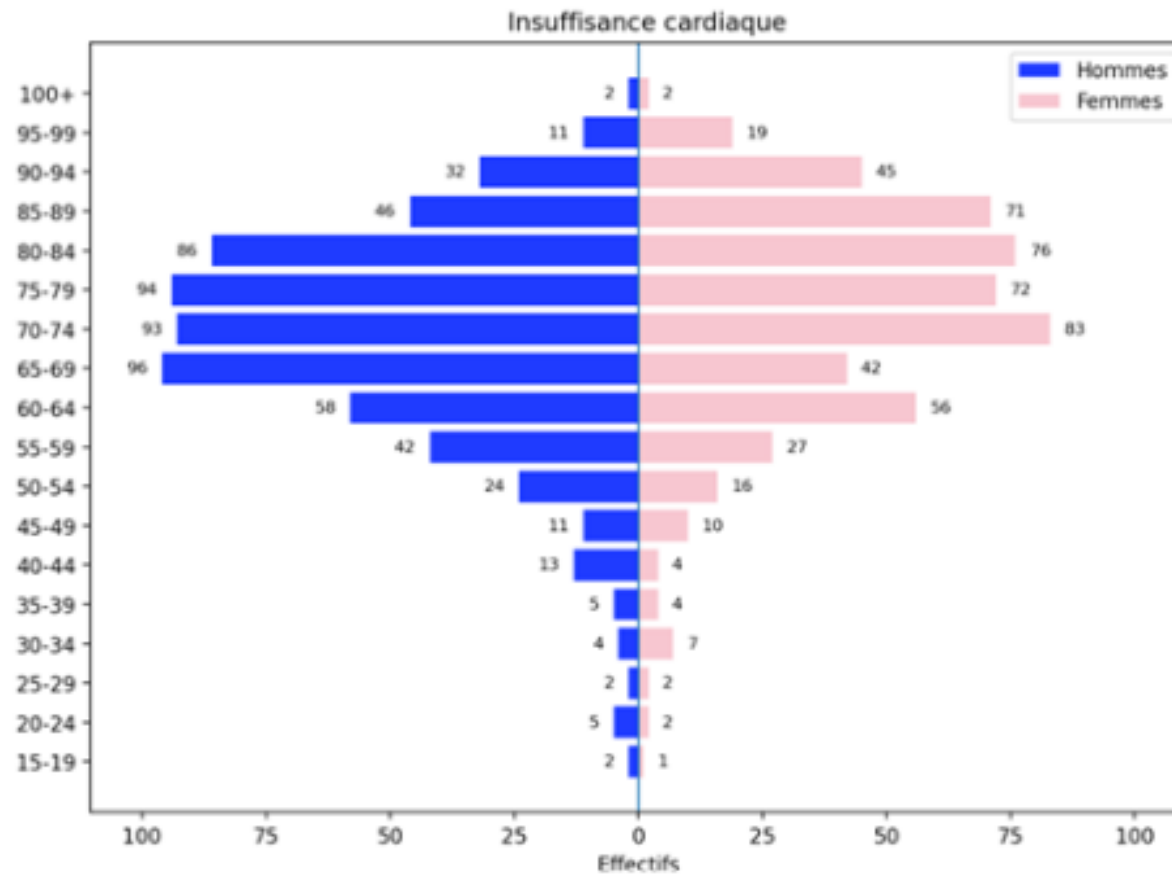
- Diabétiques (pyramide des âges)



**Diabète :**  
structure d'âge très centrée sur les 55 ans et plus, avec un pic principal entre 60 et 74 ans avec un profil plutôt féminisé (56% de femmes).

# Tranches d'âge et sexe IC

- IC (pyramide des âges)



**Insuffisance cardiaque :**  
profil plus âgé que le diabète,  
avec un poids important des 70  
ans et plus  
avec un profil plus masculin (54%  
d'hommes).

## Points de lecture

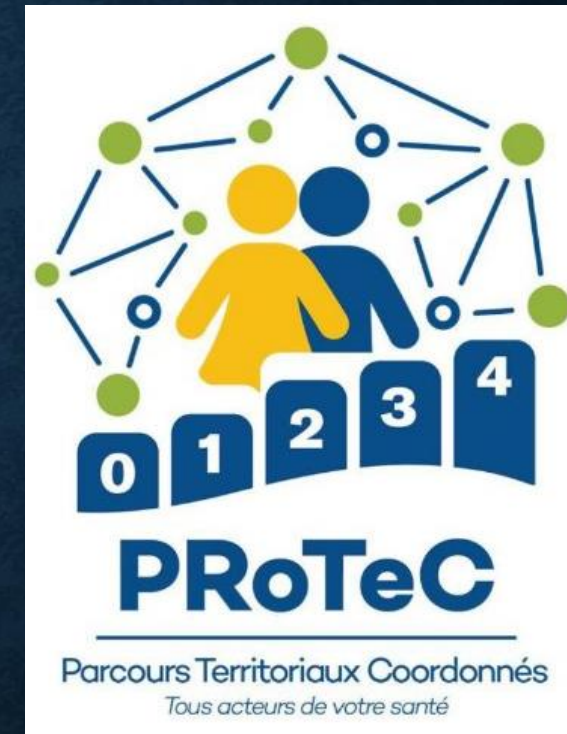
- Plusieurs marqueurs de suivi apparaissent perfectibles :
  - 76% des diabétiques sans consultation podologique
  - 68% des diabétiques sans consultation dentaire
  - 44% sans albuminurie annuelle
  - 62% avec moins de 3 HbA1c/an
  - 17% sans dosage annuel de créatinine
  - 22% des DT2 traités par AGLP1
  - 41% des IC sans consultation cardiologique
  - 20% des IC traités par Entresto
- La part de bénéficiaires C2S (1 patient sur 4) souligne la dimension sociale du projet et l'intérêt d'adapter les actions.

# CONCLUSION

Les données confirment un poids majeur du diabète de type 2 et de l'insuffisance cardiaque en Martinique, avec des parcours encore trop tardifs, fragmentés et hospitalo-dépendants. Le territoire pilote du Sud permet d'identifier des leviers d'amélioration concrets.

PROTEC propose une réponse structurante fondée sur la responsabilité populationnelle, la coordination ville-hôpital et l'intervention précoce.

L'objectif est de prévenir plus tôt, mieux coordonner et réduire les complications, les hospitalisations évitables et les pertes de chance.



# DÉPLOIEMENT DU PROJET PROTECT

# PaRcOurs TErritoriaux Coordonnés Maladies Chroniques

- **Méthode et Partenariats mis en place:**

- Création du GHT Martinique Janvier 2023.
- Poursuite de la démarche à partir de Déc 2022 dans le cadre de la sous-commission maladies chroniques du GHT.
- Mise en place d'une stratégie territoriale impliquant une diversité d'acteurs et une coordination des patients.

**Les actions ne sont pas hospitalo-centrées.  
Elles ne doivent pas mettre en opposition Ville / Hôpital  
Emaner d'une réflexion partagée entre PDS ville/hôpitaux,  
acteurs du terrain, usagers, associations, etc...  
Doivent suivre une méthodologie validée**

- **Partenariats**
- **Établissements de santé**
- **Établissements scolaires**
- **Prévention**
  - **diète**
- **Organismes**
- **Collectivités**
- **Associations & acteurs**
  - **structures d'activité physique (associations, clubs, centres de loisirs, etc.)**
  - **Associations de patients (Association des Malades Chroniques Martinique),**
  - **(Association des Malades Chroniques Martinique).**
- Concertation pluridisciplinaire => Réfléchir à un parcours de soins intégré, garantissant une continuité des prises en charge et une meilleure orientation des patients au sein du système de santé.
- Convention cadre entre la FHF et le GHT pour partenariat (**Mai 2025**, salon santé-Expo).
  - **Accompagnement de la FHF pour une reconnaissance de la démarche en responsabilité populationnelle notamment avec l'organisation d'un séminaire les 24 et 25 novembre 2025 en Martinique pour l'appropriation de la méthodologie**

# Ecoute des patients

Réalisée par une Psychologue, Docteur en Economie:

Mme KORDA Hélène

Se consacre à la recherche appliquée, ainsi qu'à la conduite de projets de changement



# Le contexte



- Dans le cadre du Parcours Territorial, cette mission vise à améliorer l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques (diabète, hypertension, obésité, maladies rénales et cardiaques).
- **Pourquoi cette écoute ?**
  - Objectif : Mieux comprendre le vécu, les freins, les besoins et les leviers d'engagement des patients dans la gestion de leur maladie chronique.
  - Enjeu : Co-construire des solutions d'accompagnement adaptées aux réalités des patients et renforcer l'efficacité du parcours de soins.
- Méthodologie adoptée :
  - Cinq groupes d'échange ont été organisés entre mars et avril 2025, réunissant au total 25 patients, en petits groupes, en visioconférence ou sur site
  - Un questionnaire en ligne diffusé entre février et mars 2025, recueillant 74 réponses, dont 49 concernent les pathologies ciblées.

# Restitution de l'écoute

- Identification des **freins majeurs** : contraintes économiques, isolement social, charge mentale, saturation face à l'information normative
- Identification des **leviers d'engagement** : désir d'autonomie, soutien familial adapté, relations bienveillantes avec les professionnels
- **Valorisation des attentes précises des patients** :
  - Ateliers pratiques adaptés
  - Entretiens motivationnels
  - Groupes d'échange entre pairs
  - Accompagnement des proches
  - Rappels personnalisés (SMS).

# OBJECTIFS DU PROJET PROTEC M-C

Identifier les populations cible pour leur proposer des parcours de soins adaptés et gradués.

Améliorer la santé collective de manière durable et équitable.

Prévenir les complications liées aux maladies chroniques

Améliorer la coordination entre les différents niveaux de soins

Améliorer la gestion des maladies chroniques à domicile

Renforcer l'éducation thérapeutique et la formation des patients

Renforcer la formation des professionnels de santé

Intégrer une démarche de recherche clinique et épidémiologique

Quelques exemples d'actions à prévoir et en cours

# Stade 0

—

**POPULATION A RISQUE**

# Exemple du FindRisk Péi à La Réunion

Parcours simple sur le terrain

1 – FindRisk Péi  
8 questions  
score immédiat

2 – Dépistage bio  
Glycémie à jeun  
si score élevé

3 – Orientation  
Médecin traitant  
+ conseils ciblés

depuis 2021

≈ 1 100 tests récents

25 % à risque élevé

Questionnaire court, utilisable en population générale et en actions d' "aller vers".

Outil adapté à la population locale ; résultat classé en 4 niveaux de risque.

Intérêt pratique : standardiser le repérage puis orienter vers le médecin traitant et le biologique.

## Retour d'expérience en approche populationnelle

25%

des personnes testées avaient un risque élevé de devenir diabétiques

(ARS, 1 100 tests de nov. 2024 à août 2025)

≈ 275 personnes à haut risque repérées



C'EST À VOUS !

---





# PROTEC\_Diabète gestationnel Population « Stade 0 »



- Population cible : **patientes avec un diabète gestationnel (Prévention diabète /Obésité)**
  - Appel à projet de l'ARS Martinique en juillet 2021 intitulé « 1000 premiers jours : initiative en faveur de la santé du jeune enfant et de l'accompagnement des parents »,
  - L'association GEREMM (groupe d'étude et de recherche en Endocrinologie et Maladies Métaboliques), a proposé un programme expérimental d'éducation à la santé, dédié **aux femmes ayant une grossesse compliquée d'un diabète gestationnel**
  - nommé « 1000 jours pour santé nou » .
  - => **parcours territorial coordonné** associant des ateliers de groupe et des entretiens individuels pendant une durée de 2 ans. Actions réalisées **dans le secteur de vie** des bénéficiaires avec l'intervention **d'acteurs de proximité (professionnels libéraux)**
  - Ce programme a **pour objectifs** :
    - **de sensibiliser les mères aux risques de diabète et d'obésité pour elles et leurs enfants, et de leur apporter les compétences nécessaires pour prévenir et réduire ces risques de manière durable.**



# Parcours 1000 jou pou Santé nou

Prise en charge PLURIDISCIPLINAIRE  
CHUM PZQ / CHLD

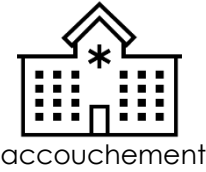
IDE Médecin  
Diététicienne Sage-gemme

2 séances/semaine pendant 3 mois  
APA en charge  
APA en piscine

Activités en groupe (MSS)

MSS : Maintien d'une activité physique de bisiren autonomie ou en association

1<sup>er</sup> Atelier Sophrologie + Psychologue



Bilan médical annuel pendant 4 ans

Bilan médical annuel pendant 4 ans

Bilan médical annuel pendant 4 ans



IDE de Coordination



MSS 2026

1 an

2 ans  
Fin des interventions

4 ans  
Fin du programme

Repérage + adressage

Adhésion

Evaluation d'inclusion dans le programme 1000 Jou Pou Santé nou

Créer un compte pour accéder à la plateforme @nsanm Martinique

4 - 5 Ateliers par an sur 2 ans

2 Consultations diététiques par an sur 2 ans

2 Consultations psychologues par an sur 2 ans

Médecin traitant

Sage-femmes

Gynécologues

Plateforme de coordination territoriale @nsanm Martinique

Réseaux sociaux 2025

# Diabète Gestationnel !

AGIR MAINTENANT,  
c'est se protéger pour demain.

## AVANT ACCOUCHEMENT

Rendez-vous avec plusieurs professionnels de santé : médecin, assistante sociale, psychologue, diététicienne et éducateur en activité physique adaptée.

## APRÈS ACCOUCHEMENT

Suivi postnatal pendant 2 ans :

1. Consultations médicales, psychologiques et diététiques
2. Activité physique adaptée pendant 3 mois, 2 fois par semaine
3. Ateliers d'éducation à la santé



Contactez-nous

SITE [www.1000jou.com](http://www.1000jou.com)

EMAIL [coordinatrice1000jou@gmail.com](mailto:coordinatrice1000jou@gmail.com)

INSTAGRAM/FACEBOOK @1000.joupousantenou

TEL/WHATSAPP 0696 09 40 45



@1000.JOUPOUSANTENOU



## Maillage Territorial : Une Présence dans Chaque Secteur

3 Médecins Diabétologues

1 IDE de coordination

11 Diététiciennes Libérales

9 Psychologues libérales

11 Educateurs Sportifs APA

1 Assistante Sociale

1 Sophrologue

1 Mister Green

Temps d'AMA

11 Sages Femmes

1 IDE

### Nord Caraïbes

#### Case-Pilote

- 2 Sages-Femmes
- 1 Diététicienne libérale
- 1 Psychologue libérale

### Nord Atlantique

#### Trinité / Ste-Marie / Lorrain / Macouba

- 1 Sage-Femme (Trinité)
- 4 Diététiciennes libérales
- 1 Psychologue libérale
- 4 Éducateurs sportifs (APA)

### Secteur Centre

#### CHUM Site PZQ / FDF / Lamentin

- 8 Sages-Femmes (périnatalité)
- 3 Médecins Diabétologues
- 6 Diététiciennes libérales
- 5 Psychologues libérales
- 4 Éducateurs sportifs (APA)

### Secteur Sud

#### Ducos / Vauclin / Rivière-Salée / Marin / Trois-Îlets

- 3 Diététiciennes libérales
- 2 Psychologues libérales
- 3 Éducateurs sportifs (APA)

Le projet s'appuie sur plus de 50 professionnels répartis sur quatre secteurs géographiques, permettant un maillage territorial autour des bénéficiaires.

Le secteur Centre, adossé au CHU, concentre naturellement le plus grand nombre d'intervenants spécialisés, tandis que les secteurs périphériques bénéficient d'un maillage adapté aux besoins locaux.



PROTEC \_prévention des Maladies Chroniques  
Action chez les femmes à risque  
PROTEC \_Diabète gestationnel

Diététiciennes

psychologues

-Depuis sa création, programme  
proposé à **373** femmes.  
- **100** bénéficiaires actives

@nsanm  
MARTINIQUE



ATELIERS

Médecin  
traitant



acteurs (professionnels de  
liés autour d'une  
mes à risque  
usqu'aux  
entielle  
itaire sur les réseaux et  
de coordination qui permettront de  
assurer d'une cohérence globale et d'un  
suivi/évaluation des bénéficiaires  
•Proposera une **plateforme d'éducation en santé** en  
expérimentation à partir de Mars 2026

Informer  
et éduquer la population  
sur des comportements  
à risques

Éduquer, informer et  
accompagner les  
patients/aidants atteints  
de maladies chroniques

Former les  
professionnels de santé  
du cercle de soins avec  
l'e-ETP



e-prévention



e-ETP



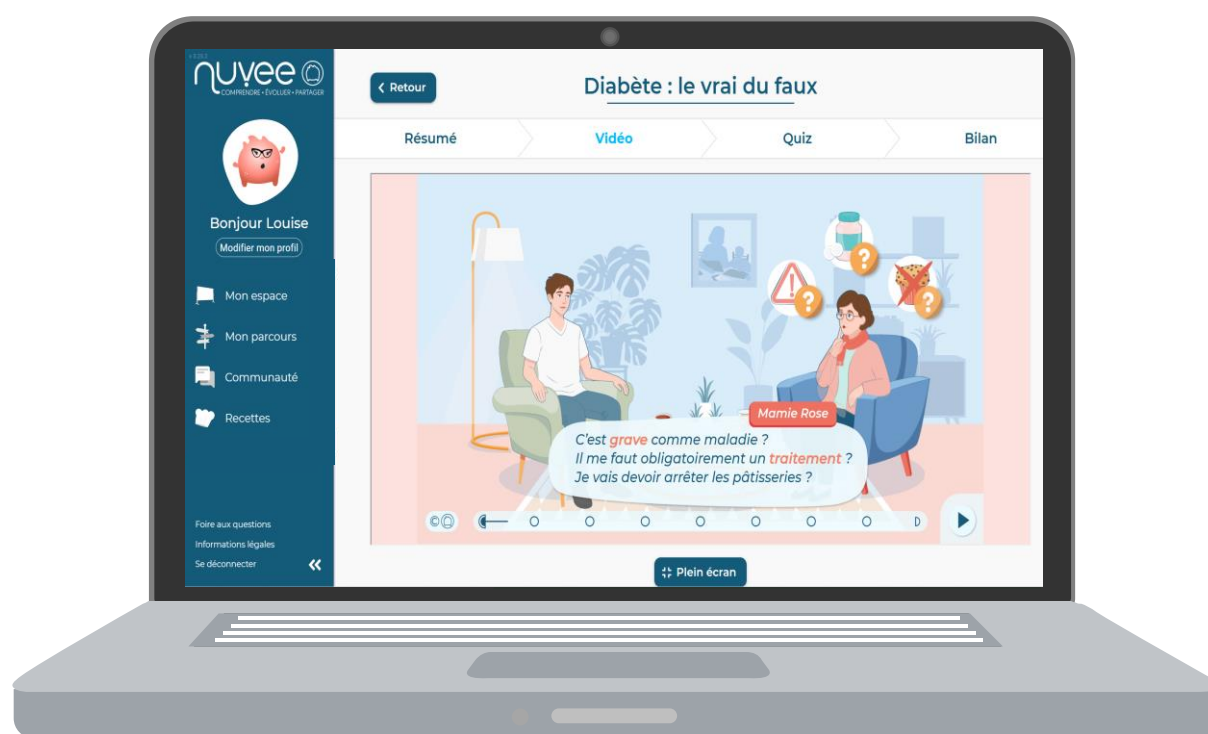
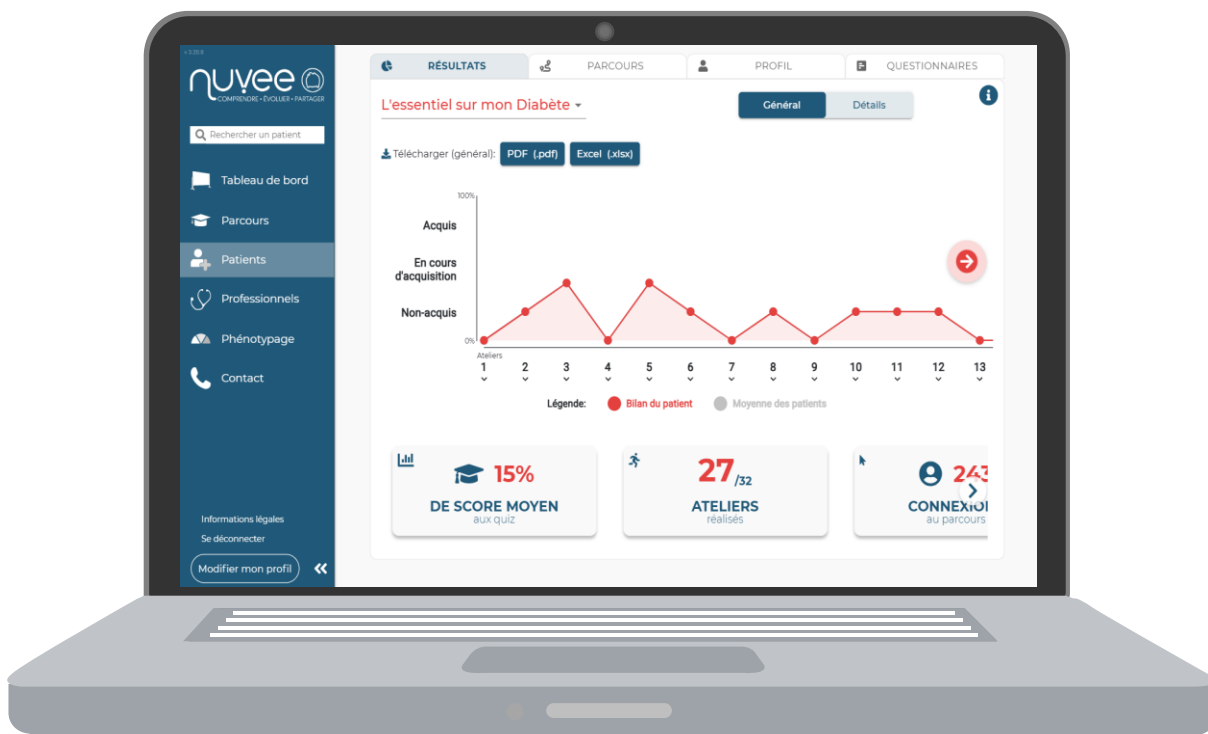
e-formation

# Une plateforme pour professionnels et patients

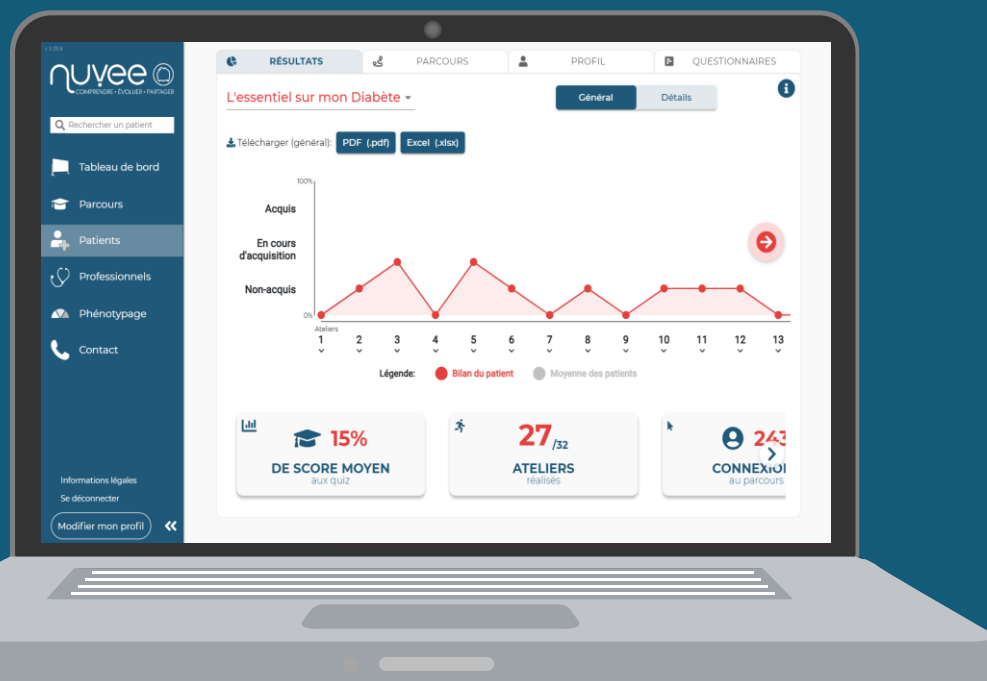
ACCÈS PROFESSIONNEL



ACCÈS PATIENT



# Une traçabilité du suivi



À tout moment depuis son accès, le **professionnel peut voir et tracer la progression de son patient.**

Des données sous forme de **tableaux récapitulatifs** avec de **nombreux indicateurs** pour chaque atelier d'un parcours.

Toutes les données sont simplement **exportables aux formats PDF et EXCEL** et peuvent ainsi être joints à un dossier patient.

# Intégrez des questionnaires en fonction de vos besoins

Un module questionnaire paramétrable pouvant s'adresser **aux patients et aux professionnels** de la structure depuis leur interface.

## Une fonctionnalité aux usages multiples :

- Questionnaires de satisfaction
- Questionnaires de qualité de vie (QOL)
- Bilan éducatif (BEP, ...)
- ...



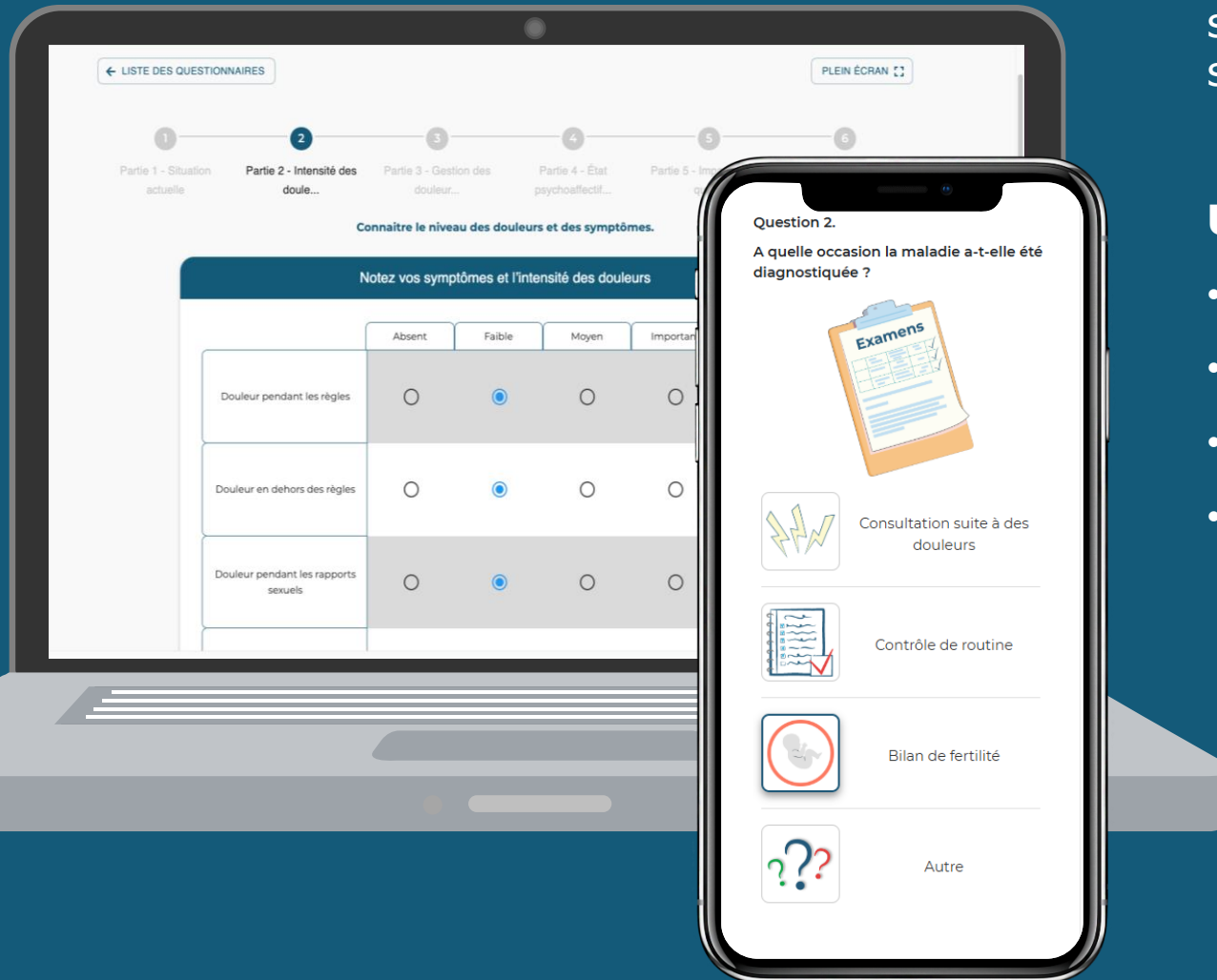
**Modalités d'envois personnalisables**  
(prochaine connexion, J+30, etc...)



**Exports des réponses**



**Des formats questions/réponses variés**



# Strate 0 et 1

---

**DU DEPISTAGE  
A LA PRISE EN CHARGE PRECOCE EN SOINS  
PRIMAIRES**

**Parcours de ville. Diabète de type 2**

# Objectifs

---

- Organiser un parcours coordonné et pluriprofessionnel, couvrant le dépistage, la prévention et le traitement des complications, en s'alignant sur le guide HAS 2025.
- Réduire significativement les hospitalisations évitables et les amputations liées au diabète (pied diabétique, insuffisance rénale, AVC, insuffisance cardiaque).
- Diminuer les disparités d'accès aux soins et à la prévention sur l'ensemble du territoire martiniquais.
- Mettre en place un suivi structuré et harmonisé, impliquant tous les acteurs de la santé (ville, hôpital, médico-social, prévention) pour assurer une continuité des soins sans faille.
- Dépister 10% de la population martiniquaise pour la première année soit (2026)

# Préconisations HAS 2025

Axes prioritaires	Préconisations HAS – DT2
Dépistage précoce	Repérage ciblé des personnes à risque et diagnostic rapide
Mode de vie & ETP	Mesures hygiéno-diététiques et ETP dès le diagnostic
Traitement	Stratégie médicamenteuse individualisée selon le profil du patient
Suivi & prévention	Suivi régulier et dépistage des complications

La prise en charge du diabète de type 2 repose sur une approche globale, coordonnée et centrée sur le patient, mobilisant l'ensemble des acteurs du territoire pour un dépistage précoce, un accompagnement durable et une prévention efficace des complications au bénéfice de la population martiniquaise.

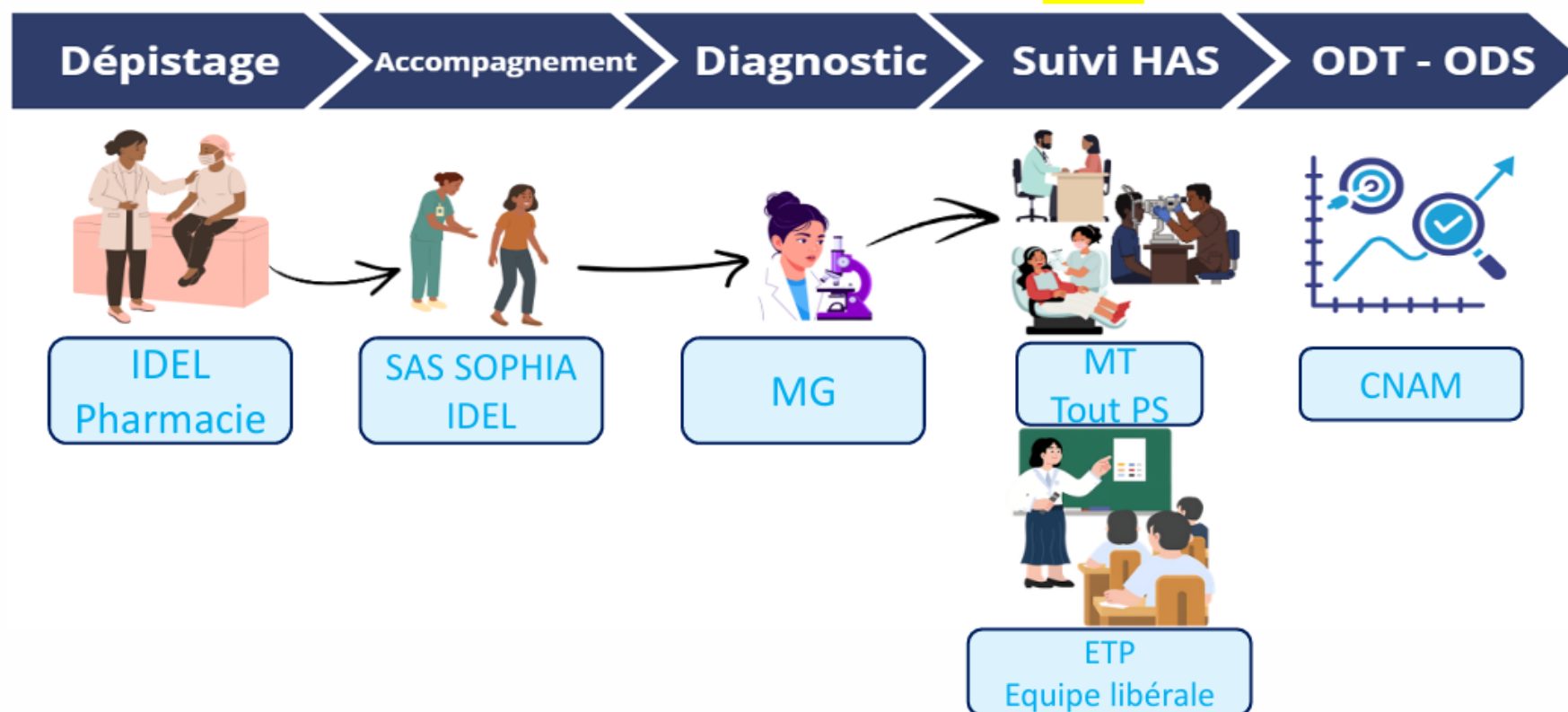
AFD

L'AFD 972 poursuit des objectifs similaires à ceux de la Fédération nationale, adaptés au contexte local :

- **Défendre les droits des personnes diabétiques**, notamment l'accès à des soins de qualité et la lutte contre les discriminations liées à la maladie.
- **Accompagner les personnes atteintes de diabète et leurs proches**, par l'écoute, l'information et l'entraide.
- **Informer et sensibiliser** la population sur le diabète, ses risques et sa prévention.
- Participer à des **temps forts nationaux** comme la **Semaine nationale de prévention du diabète** et la **Journée mondiale du diabète**.

# Un parcours en libéral

Organiser un parcours coordonné et pluriprofessionnel couvrant le dépistage, la prévention et le traitement des complications en s'alignant sur le guide HAS 2025.



Une coordination optimale entre les professionnels de ville et entre la ville et l'hôpital.

# Les acteurs

---

- MSP (Convention avec la CPTS)
- Médecins généralistes
- Diabétologues / Biologistes
- IDEL
- Chirurgiens-dentistes
- Ophtalmologues + Orthoptistes
- Masseurs-kinésithérapeutes + APA
- Diététiciens / Psychologues / Podologues
- GHT

## Partenaires :

- CGSS
- ARS
- AFD
- France Assos Santé

# Groupes de travail : Dépistage

---

- Organisation d'équipe sur tout le territoire
- Identifier les populations cibles prioritaires en Martinique
- Cartographier les actions et dispositifs existants de dépistage
- Définir des stratégies de dépistage adaptées au territoire
- Définir les critères et modalités d'inclusion dans le parcours diabète
- Sécuriser les circuits d'orientation post-dépistage
- Renforcer l'information et la sensibilisation de la population et des professionnels
- Suivi et RETEX

# Groupes de travail : Coordination

---

- Liaison entre les professionnels
- Clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur
- Identifier les points de rupture ou de fragilité dans le parcours actuel
- Proposer des outils de coordination partagés
- Faciliter les échanges d'information entre professionnels
- Améliorer l'orientation des patients vers les ressources adaptées
- Définir des indicateurs de performance du parcours
- Définir les modalités d'indemnisation des professionnels

# Groupes de travail : ETP

---

- Constitution d'un comité de rédaction
- Définir des indicateurs de suivi et d'impact (adhésion, satisfaction, résultats cliniques)
- Proposer des modalités innovantes et adaptées au territoire
- Définir un socle commun d'ETP intégré au parcours diabète
- Identifier les besoins des patients selon les profils
- Organisation de session sur le territoire

# Communication

---

Nous nous appuierons sur un partage approfondi avec les membres du CA, les URPS et l'ensemble des acteurs cités notamment les hospitaliers.

Les points clés :

- **Sensibilisation de la population** – informer sur le diabète, le dépistage et l'importance de l'inclusion dans le parcours.
- **Mobilisation des professionnels** – diffuser les informations sur le parcours, les outils et les rôles de chacun.
- **Coordination territoriale** – assurer la cohérence des messages entre ville, hôpital, associations et collectivités.
- **Valorisation des acteurs locaux** – mettre en avant les initiatives et ressources existantes (ETP, associations, centres de dépistage).

# Outils

---

- Livret patient parcours diabète

Nous avons élaboré un livret pratique qui synthétise les recommandations HAS pour la prise en charge du diabète de type 2. Il inclut un calendrier de suivi personnalisé permettant au patient de visualiser les examens, contrôles et actions à réaliser tout au long de l'année. Cet outil vise à renforcer l'autonomie du patient, faciliter la coordination avec les professionnels de santé et promouvoir une prise en charge régulière, structurée et conforme aux bonnes pratiques. Il constitue un support concret pour accompagner chaque patient dans son parcours de santé et prévenir les complications.



Adobe Acrobat  
Document

- Messagerie sécurisée : DMP, Entr'actes...

**Ces travaux constituent un premier socle opérationnel pour le déploiement progressif de PROTEC sur le territoire**

# Strate $\geq 2$

—

**Parcours Ville - Hôpital**

# Existant



Patient / Médecin avec un  
Besoin d'avis et/ou de  
soins spécialisés  
hospitaliers



Médecin  
traitant



CHUM'Line

Téléexpertise e-  
Doktè



Réponse  
immédiate

- Avis
- CS Externe
- Hospitalisation

Réponse  
< 72 h

- Avis
- CS Externe
- Hospitalisation

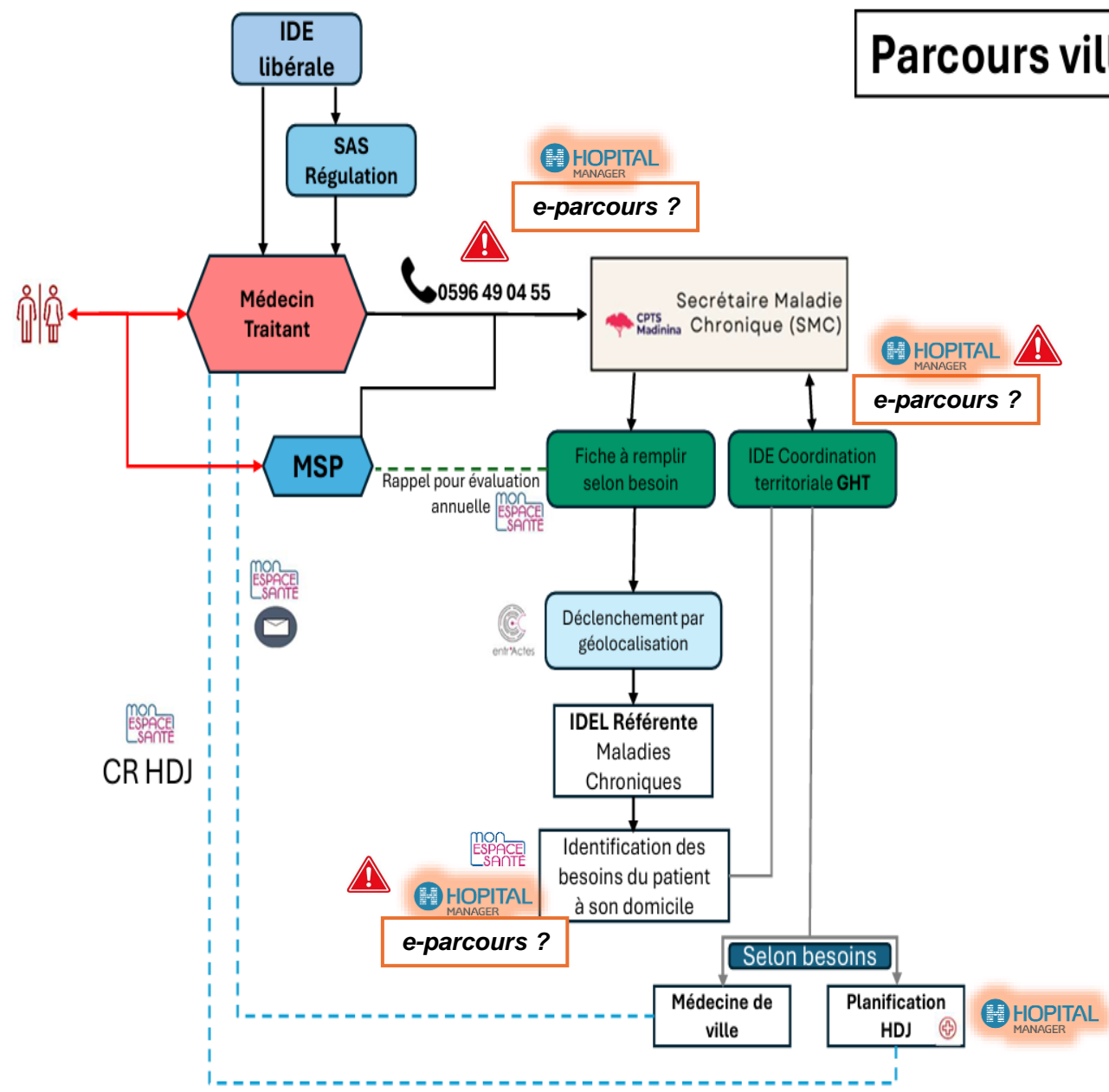
# Projet PROTEC\_Traitement des Maladies Chroniques

## Principe Générique du Parcours

Parcours territoriaux coordonnés Maladies Chroniques  
Strate ≥ 2

⚠ Points DSI GHT / GRADES / CPTS à régler

### Parcours ville-hôpital



# Télé-expertise bucco-dentaire : une brique transversale des parcours PROTEC

A HYGIÈNE EGALE AVEC LE SUJET SAIN, LE PATIENT DIABÉTIQUE SERA NETTEMENT PLUS EXPOSÉ À...



**La maladie carieuse**

- Taux de sucre salivaire élevé
- Xérostomie
- Effets secondaires médicamenteux.



**Des infections buccales récidivantes type Candidoses**



**Des ulcères atypiques > CANCERISATION**



**LA PARODONTITE**

- Concerne 1 patient diabétique sur 2
- 6<sup>ème</sup> complication du diabète (après la rétinopathie, la néphropathie, la neuropathie, complications macrovasculaires et retard de cicatrisation).

## ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE



L'éradication des foyers infectieux demeure une priorité dans la prise en charge globale du diabète :  
Pour exemple, le traitement parodontal classique (détartrage-surfaçage) diminue le taux d'hémoglobine glyquée de 0,4%.

# Télé-expertise bucco-dentaire



## Logique d'intervention

- Inscription dans une prise en charge globale des maladies chroniques (patients diabétiques et insuffisants cardiaques) et la prévention des complications.
- Module de **télé-expertise bucco-dentaire *ROFIM***, déjà opérationnel au CHU de Martinique.
- Accès à une expertise spécialisée (ex: lors de l'HDJ au CH du Marin)
- Amélioration de la coordination et de la continuité du parcours de soins.



## Pilotage Médical

- Service de **Chirurgie Orale et de Médecine Bucco-Dentaire du CHU de Martinique**
- Acteur pilote du déploiement territorial de la télé-expertise bucco-dentaire.

**Partenaires médicaux**  
**Dr Marie Adeline DEGOUVE DE NUNCQUES**; cheffe de service de médecine buccodentaire au CHUM,  
**Dr RAVOTEUR Ambre, PH** médecine buccodentaire



## Apports & Bénéfices

- Amélioration de la qualité et de la continuité des soins
- Réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins
- Innovation organisationnelle et efficacité du parcours

Prochaines étapes ?

# Prochaines Etapes

## Phase 1 Cadrage institutionnel Janvier – Février 2026

- Rencontre avec l'Espace Sud pour présenter PROTEC et échanger sur le déploiement.
- Identification des objectifs communs PROTEC / CLSI.

## Phase 2 Mobilisation des acteurs locaux Février – Mars 2026

Engagement des partenaires du territoire.

## Phase 3 Réunions cliniques WE du 13-06-2026

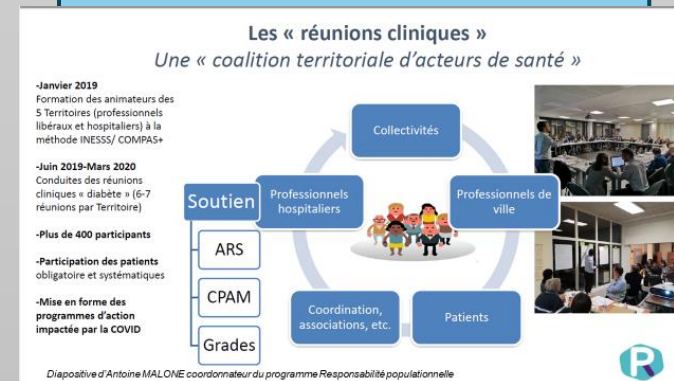
Définition des protocoles de mise en œuvre des parcours Diabète et Insuffisance cardiaque.

## 🚀 Phase 4 Déploiement opérationnel Septembre 2026

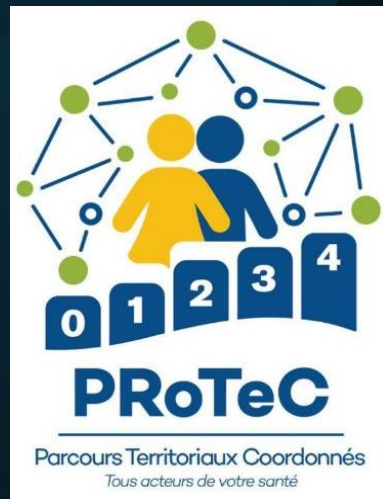
- Consolidation du projet et préparation de sa déclinaison opérationnelle sur le territoire.
- Collaboration avec les équipes hospitalières et tous les partenaires.



Points DSI GHT /  
GRADES / CPTS  
soient réglés



# PROTEC – PaRcOurs TErritoriaux Coordonnés Maladies Chroniques



- **PROTEC** propose une réponse innovante, coordonnée et graduée pour améliorer la prévention, l'accès aux soins spécialisés et la prise en charge globale des patients martiniquais atteints de maladies chroniques, via :
  - **Des actions coconstruites et intégrées en proximité**
  - Une **équipe de coordination** dédiée, assurant le lien direct entre la ville et l'hôpital, facilitant l'accès aux soins, la prise de rendez-vous et le suivi des patients.
    - Composée:
      - Secrétaires Maladies Chroniques
      - IDEs de Coordination Territoriales CHUM/GHT
    - Ayant une collaboration avec des IDE de coordination de parcours de ville (MSP notamment)
  - Evaluation des patients dans leur environnement de vie par des **IDELibéraux Référents Maladies Chroniques**
  - **Formation** des PDS pour homogénéiser les pratiques dans la PEC des Maladies Chroniques
  - **Recherche Clinique et épidémiologique**