

---

# TRAJETS DE SOINS

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS**

**LE 12 MAI 2009**

**Dr Anne Gillet-Verhaegen, vice-présidente  
du GBO**

**Dr Pierre Drielsma**

# Table des Matières

---

1. Bref Rappel Historique
2. 2009 – Consensus Final
3. Un système structuré par un échelonnement des soins
4. Les indices de santé publique alarmant
5. Les trajets de soins ... selon le GBO
  1. Les grands principes
  2. Expérimentation et évaluation
  3. Les revendications de la MG
6. Analyse comparative des 2 formules
  1. TSTC pour le MG
  2. TMGA pour le MG
  3. TSTC pour le Patient
  4. TMGA pour le Patient

# 1. BREF RAPPEL HISTORIQUE

---

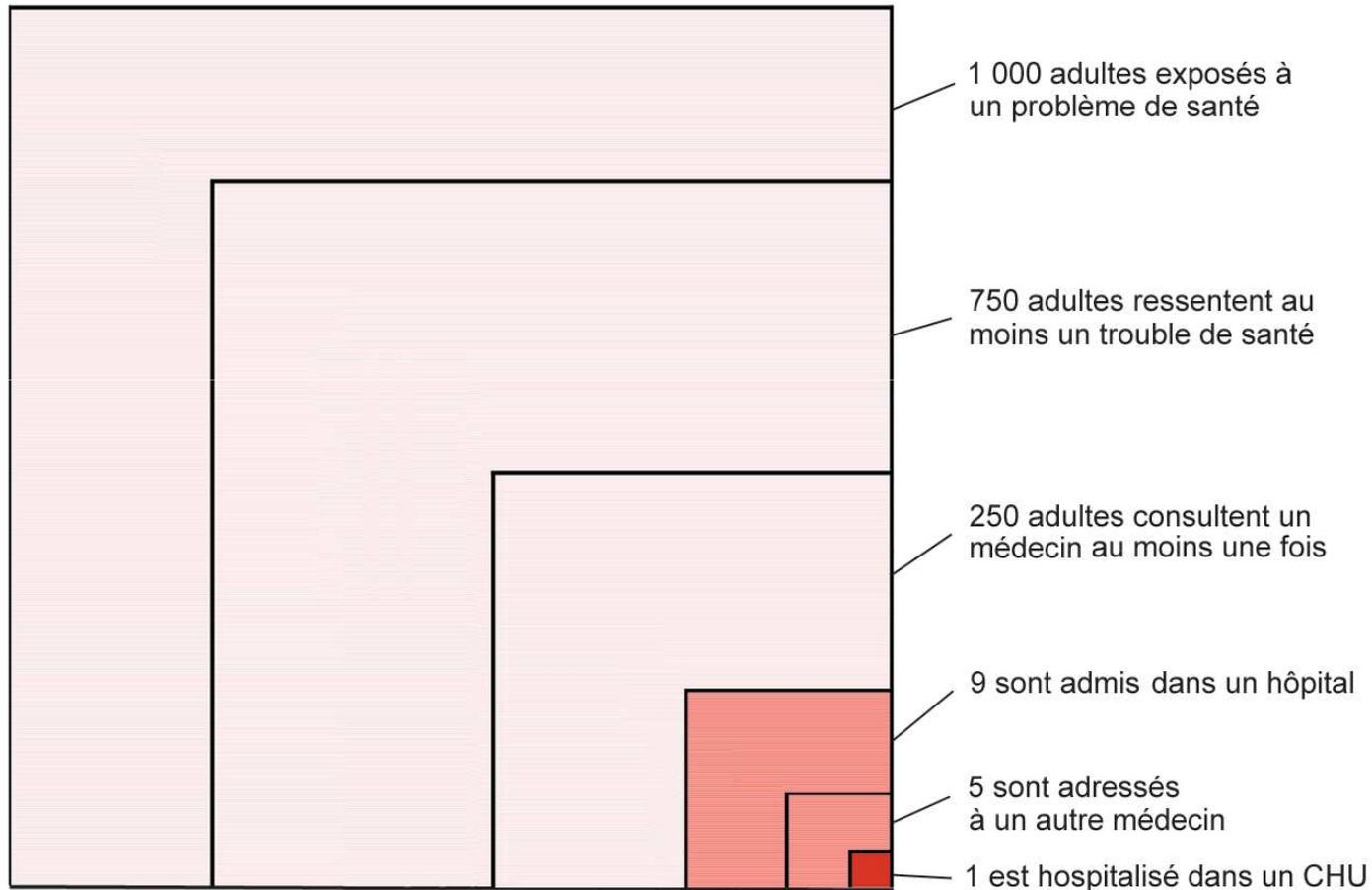
- 2003 - Accord CNMM (art 9.2)
  - Renforcement de la collaboration entre le MG et le MS, et en particulier en ce qui concerne les patients souffrant de maladies chroniques (75.000 diabétiques de type II, 6.000 insuffisants rénaux en Belgique)
- 2003-2007 – discussions sans fin en GT
  - Proposition du GBO d'instaurer un statut de **patient nécessitant des soins complexes** (diabète, oncologie, insuffisance rénale, ...) dans le cadre d'un **échelonnement** des soins
    - Statut attribué par le MG
    - MG gestionnaire du DMG et du référencement vers le MS
    - TM diminué pour le patient

## 2. 2009 – CONSENSUS FINAL

---

- **Coexistence** de 2 formules
  - Trajets de Soins Tout Compris (TSTC) et
  - Traitement par le MG Autonome (TMGA) dans lequel le MG reste à la manœuvre, en toute autonomie
    - Formule alternative qui se déroule hors Trajets de Soins
    - Prise en charge et suivi indépendant, par le MG, des diabétiques de type II qui ne répondent plus aux antidiabétiques oraux (ADO) et qui doivent être mis une fois par jour sous insuline
    - Formule défendue par le GBO

# 3. UN SYSTÈME STRUCTURE PAR UN ECHELONNEMENT DES SOINS



Carré de White

# 3. UN SYSTÈME STRUCTURE PAR UN ECHELONNEMENT DES SOINS

---

- Le GBO promeut la **collaboration naturelle et systématique entre MG et MS** dans une organisation de soins structurée
  - Objectif : Promouvoir les meilleurs soins au meilleur endroit par le prestataire le plus adéquat
  - Quoi : 1<sup>er</sup> échelon offrant des soins primaires (de « primary » = essentiel) référant aux 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> lignes quand c'est nécessaire
  - Comment : Incitant financier grâce à un remboursement majoré des contacts spécialisés s'il y a référence par le MG

# 3. UN SYSTÈME STRUCTURE PAR UN ECHELONNEMENT DES SOINS

---

- Le système des TSTC est un échelonnement « à l'envers »
  - Rôle central du MG et approche globale du patient niés
  - Principe de subsidiarité des soins nié
  - Exemples :
    - Centres de référence (qui n'en ont que le nom !) accessibles en 1<sup>ère</sup> ligne
    - Remboursement des médicaments contraignants via recours systématique à la MS
    - Remboursement des tiges de contrôle glycémique réservé aux centres de référence

# 4. LES INDICES DE SANTE PUBLIQUE

## ALARMENT

---

- Contexte :
  - Un diabétique sur 2 s'ignore
  - Les diabétiques de type II mal équilibrés tardent à être mis sous insuline (ou à accepter ce traitement conseillé)
  - Les endocrinologues sont débordés par l'ampleur de « l'épidémie diabète » et depuis peu se souviennent de l'existence des MG
- Solution : Naît le concept des **Trajets de Soins**

# 5. LES TRAJETS DE SOINS ... SELON LE GBO

## 5.1. Les grands principes

---

- Le GBO / Cartel a soutenu le principe des TS dès le début, ... bien décidé à contourner les réticences à l'échelonnement « **à l'endroit** »
- Détermination par le MG du statut de **patient nécessitant des soins complexes**
  - Renforce la démarche holistique, globale, spécifique à la MG (vue globalisée des pathologies)
  - A l'instar de ce qui se fait pour les soins palliatifs
- Avec reconnaissance financière d'avantages
  - Accès à certaines prestations
  - Meilleurs remboursement pour d'autres prestations (ex : tigettes gratuites prescrites par le MG)
  - DMG majoré

# 5. LES TRAJETS DE SOINS ... SELON LE GBO

## 5.1. Les grands principes

---

- Les principes du concept des TS doivent être garants
  1. De la **place centrale du MG**, en collaboration étroite avec le MS, avec ses compétences reconnues ... pas suffisamment reconnue dans les TSTC
  2. Du soutien spécifique de la **prise en charge globale**, spécifique au MG. Face à un problème de santé complexe, il n'est pas opportun de nier cette approche complexe par un découpage vertical par pathologie ... ce que fait le concept actuel des TS
  3. De la **subsidiarité des soins**. Les patients dont la pathologie est bien équilibrée par l'approche des MG n'ont aucune place dans un système complexe obligeant, même si cela n'est pas nécessaire, à la référence systématique à la MS dans un système cher pour la collectivité. Raison pour laquelle le GBO a défendu et obtenu la possibilité pratique et financière pour le MG de soigner seul les diabétiques de type II insulino-requérants en équilibre avec une injection/jour (TMGA). Cette autonomie mérite un financement particulier (DMG à € 80) pour éviter la « prime à la référence » à la MS même si le besoin n'y est pas et pour éviter une nouvelle tentative d'échelonnement « à l'envers ».

# 5. LES TRAJETS DE SOINS ... SELON LE GBO

## 5.1. Les grands principes

---

- Les principes du concept des TS doivent être garants
  4. De la reconnaissance du **travail en réseau ou en équipe pluridisciplinaire intégrée, déjà existant**, avec les autres soignants naturels du patient (infirmier, kinésithérapeute) s'occupant du patient de longue date. La nouvelle proposition des RML dans lesquels les Cercles de MG et SISD vont travailler de concert va dans la bonne direction.
  5. De la reconnaissance des compétences des MG, assurées par les **formations universitaires et continuées** qui garantissent les compétences nécessaires au suivi des diabétiques. Le GBO demande aux responsables des CUMG et autres SSMG de renforcer les formations les plus adéquates à ce sujet.

# 5. LES TRAJETS DE SOINS ... SELON LE GBO

## 5.2. Expérimentation et Evaluation

---

- Le GBO est favorable à **tester l'efficacité** des TS pour les insuffisants rénaux et les diabétiques de type 2. Une **évaluation** de cette **expérimentation, selon les critères de la pratique de la MG**, doit être mise en place avant de concevoir le lancement de TS pour d'autres pathologies complexes.
- Si la MS s'accorde bien à la prise en charge en « silo » verticaux des pathologies, la pratique de la MG n'est pas compatible avec cette verticalité. Le risque est grand d'être confronté au défaut dénoncé dans le concept des centres de référence :
  - Comment ferons-nous avec un patient combinant plusieurs pathologies complexes ?
  - Comment ferons-nous avec ces patients peu dociles, complexes de par leurs pathologies et de par leur attitudes, qui font le quotidien de la MG, qui ne s'accordent pas avec les TS (multiples cas de personnes s'excluant des conventions actuelles) ?
  - Que ferons-nous des patients qui ne peuvent se déplacer : vieillards en MR ou MRS ou à domicile, handicapés, ...

# 5. LES TRAJETS DE SOINS ... SELON LE GBO

## 5.3. Revendications de la MG

---

- Pour tous les patients peu mobiles :
  - Accessibilité financière aux soins, avec les **mêmes avantages et remboursements** de matériels et médicaments
- Pour les MG :
  - **Soutien financier** pour les TMGA
  - Revalorisation financière de la MG par le biais de l'organisation des TS. La MG pose encore et toujours un problème d'attractivité. Il est donc indispensable de lui assurer une **discrimination très positive** dans l'attribution de nouveaux moyens financiers pour ne pas courir le risque de la disparition de cette profession.
  - Nous demandons une **évaluation précise des flux financiers vers la MG et la MS** au sein des 2 premiers TS avant la mise en route d'autres trajets
  - Une **simplification administrative**, essentielle pour garantir la réussite d'une telle entreprise sur le terrain.

# 6. ANALYSE COMPARATIVE DES 2 FORMULES

## 6.1. TSTC pour le MG

---

### AVANTAGES

- € 80 / patient / an, soit en moyenne € 560 / an / MG

### DESAVANTAGES

- Organisation des soins trop compliquée pour le patient et le MG
- MG relégué au rang de simple partenaire du diabétologue et des éducateurs :
  - MG « coaché » par le diabétologue
  - Le MG ne peut, au démarrage d'un traitement par insuline, prescrire glucomètre, tigestte, lancette sans l'autorisation formelle d'un éducateur en diabétologie
- La fonction de coordination globale des soins du patient par le MG n'est pas reconnue et encore moins rémunérée

# 6. ANALYSE COMPARATIVE DES 2 FORMULES

## 6.2. TMGA pour le MG

---

### AVANTAGES

- Le MG reste seul maître à bord
- Le MG n'est pas inféodé à l'éducateur en diabétologie
- Le MG est respecté et sa compétence de coordination globale des soins est reconnue

### DESAVANTAGES

- Pas de financement spécifique

# 6. ANALYSE COMPARATIVE DES 2 FORMULES

## 6.3. TSTC pour le Patient

---

### AVANTAGES

- Remboursement intégral par l'OA des consultations chez le MG et le MS
- Accès facilité au matériel

### DESAVANTAGES

- Organisation des soins compliquée entre les MG, MS, éducateur, ...
- Etre capable de se déplacer au cabinet du MG et MS sinon pas de remboursement intégral par l'OA

# 6. ANALYSE COMPARATIVE DES 2 FORMULES

## 6.4.TMGA pour le Patient

---

### AVANTAGES

- Remboursement intégral des glucomètres, tiges, lancettes par l'OA
- Prescription directe par le MG de l'insuline lente
- Délivrance directe par le pharmacien du matériel et de l'insuline
- Accès maintenu aux diététiciennes et podologues grâce aux passeport diabète

### DESAVANTAGES

- Pas de remboursement intégral des consultations chez le MG et MS sauf si le patient bénéficie déjà d'un régime bénéficiaire (Omnia, ...)