

Trajets de soins :
Rapport global d'évaluation



Table des matières

A.	Contexte	4
B.	Résumé des rapports d'évaluation des trajets de soins.....	5
1.	Trajets de soin diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique : évaluation de l'impact sur les processus et les résultats (ACHIL-ISP)	5
2.	Evaluation de la satisfaction des patients et de de la perception des expériences vécues (ABD-VDV et FRB) 6	
3.	Rapport questionnaire éducateurs en diabétologie en 1 ^e ligne et centres de convention du diabète (INAMI)	6
4.	Réseaux locaux multidisciplinaires	7
a)	Résultats de l'étude de la VUB	7
b)	Analyse des rapports annuels RML	8
5.	Obstacles	9
6.	Analyse des données INAMI	9
C.	Conclusions et recommandations	10
1.	L'évaluation doit se poursuivre pour confirmer l'amélioration de la qualité des soins, doit être plus performante à l'avenir et être soutenue par une plateforme d'évaluation globale.....	10
a)	Amélioration et extension de l'évaluation de l'impact sur les processus de soins	10
b)	Évaluation détaillée de l'impact sur les résultats cliniques.....	11
c)	Couplage des données du pilier central au pilier AIM.....	12
d)	Améliorer la communication aux médecins généralistes en ce qui concerne la collecte des données	12
e)	Continuer à développer des feedback et des cercles de qualité vers les médecins généralistes et les RML	12
f)	Élaboration d'une évaluation prospective des RML et feed-back.....	12
g)	Plateforme d'évaluation globale	12
h)	Projets pilotes multimorbidité	13
i)	Communication	13
2.	Recadrer et renforcer	13
a)	Renforcer le rôle du médecin généraliste : le médecin généraliste est l'initiateur du trajet de soins .	13
b)	Insister sur l'objectif visant des soins multidisciplinaires proactifs planifiés	13
c)	Adapter les critères d'inclusion	14
d)	Renforcer le rôle des éducateurs en diabétologie	15
e)	Renforcer le rôle des pharmaciens.....	15
f)	Empowerment du patient	15

g)	Convention diabète	16
h)	Modèle médecin généraliste – patient spécifique (hors contexte TDS) dans une phase plus précoce du DM2 avec accès à l'éducation et au matériel.....	17
3.	Soutenir	17
a)	IT	17
b)	RML.....	18
c)	Informersur les TDS : patients et médecins généralistes	18
d)	Formation	18
4.	Simplifier.....	19
a)	Réglementation	19
b)	Prescription de matériel d'autogestion.....	20
c)	Prescription de médicaments.....	20
d)	Contrat trajet de soins.....	21
5.	RML.....	22
a)	Recadrer	22
b)	Soutenir	23
c)	Évaluation : élaborer une évaluation et un feed-back prospectifs	23
d)	Communication : promouvoir le TDS auprès des dispensateurs de soins et des patients	23
D.	Annexes	24
1.	Trajets de soin diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique : évaluation de l'impact sur les processus et les résultats (ACHIL-ISP)	24
2.	Evaluation de la satisfaction des patients et de de la perception des expériences vécues (ABD-VDV et FRB) 24	
3.	Rapport questionnaire éducateurs en diabétologie en 1 ^e ligne et centres de convention du diabète (INAMI)	24
4.	Réseaux locaux multidisciplinaires : Résultats de l'étude de la VUB	24

A. Contexte

Les trajets de soins, un projet de la Commission nationale médico-mutualiste, ont débuté pour une période initiale de 4 ans. Il existe un trajet de soins (TDS) pour 2 pathologies : le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique. Ce ne sont pas tous les patients qui entrent en ligne de compte pour un trajet de soins mais des sous-groupes de patients qui répondent à certains critères d'inclusion. Les trajets de soins impliquent une nouvelle approche des maladies chroniques, à savoir une approche proactive intégrée multidisciplinaire reposant sur des recommandations scientifiques et inspirée du chronic care model. Ils visent une meilleure collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et tous les prestataires de soins concernés et une amélioration de la qualité des soins. Le médecin généraliste est le coordinateur et le spécialiste a un rôle de soutien. Le patient a un rôle actif grâce à l'empowerment et le self-management.

Les projets-pilotes réseaux multidisciplinaires locaux (RML) ont également débuté en 2009 en soutien aux trajets de soins, leur objectifs étant de construire localement un réseau multidisciplinaire et de soutenir tous les acteurs qui collaborent aux trajets de soins.

Après cette période initiale de 4 ans il sera décidé sur base des résultats de l'évaluation de la poursuite des trajets de soins.

L'évaluation de cette intervention complexe a été effectuée selon divers angles. Ce rapport commence avec un court résumé de la méthodologie et des résultats des différents rapports d'évaluation.

Ensuite des conclusions et recommandations pour le futur sont formulées sur base des résultats.

Les versions intégrales de tous les rapports de l'évaluation sont jointes en annexe.

B. Résumé des rapports d'évaluation des trajets de soins

1. Trajets de soin diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique : évaluation de l'impact sur les processus et les résultats (ACHIL-ISP)

L'Institut scientifique de santé publique (ISP) a reçu la mission, via le projet ACHIL, d'évaluer l'efficacité des trajets de soins.

L'étude reposait sur 4 piliers. Le pilier central a analysé les données cliniques et biologiques que les médecins généralistes ont transmis pour leurs patients ayant un trajet de soins. Pour la première fois en Belgique des médecins ont participé à une collecte systématique de données provenant des dossiers médicaux informatisés (DMI) et ils ont transmis à grande échelle des données de leurs patients, de manière électronique via une application web sécurisée. 79 % des patients ayant un trajet de soins ont été enregistrés et la qualité des données enregistrées était excellente. Pour 82% des patients ayant un trajet de soins DT2 au moins une série complète de paramètres a été transmise. 75% des médecins ayant des patients en trajet de soins ont transmis des données : 60 % pour tous leurs patients et 15 % pour une partie de leurs patients.

Le pilier AIM a analysé des paramètres de processus et l'utilisation de médicaments. Deux piliers périphériques, les médecins vigies et Intego, ont servi à valider les sources et ont procuré des données longitudinales sur de plus longues périodes ou des informations non disponibles via les autres piliers.

Résultats

Du fait que les données des médecins généralistes ont été transmises de manière anonyme lors de cette première collecte, le couplage entre les données des médecins et du pilier AIM n'était pas possible. Cependant il est important de mentionner que les résultats sont parallèles dans les différents piliers. Un nombre important de patients a été inclus dans un trajet de soins pendant la période 2009-2011. Les patients qui demandaient plus d'attention avec un suivi plus intensif dans les années précédant le début des trajets de soins avaient le plus besoin d'un trajet de soins, et ce sont également ces patients qui ont été inclus dans un trajet de soins.

Les résultats montrent une certaine efficacité des trajets de soins, à savoir une amélioration de la qualité des soins dans le suivi des processus de soins (une meilleure conformité avec les recommandations de bonne pratique).

Il n'est néanmoins pas possible de se prononcer avec certitude sur l'amélioration des résultats de santé.

Les trajets de soins et l'évaluation doivent être poursuivis afin d'analyser s'il y a une amélioration des paramètres de résultats. Les améliorations des processus de soins doivent être confirmés et il faut examiner si elles sont durables et quelle part des améliorations est imputée aux trajets de soins. De plus il est nécessaire de développer des feedbacks et cercles de qualité pour les médecins généralistes et RML concernés.

2. Evaluation de la satisfaction des patients et de de la perception des expériences vécues (ABD-VDV et FRB)

Cette évaluation a été effectuée en mission de la Fondation Roi Baudouin (FRB) et des associations du diabète ABD et VDV avec un financement de la FRB.

L'étude était basée sur une analyse de documents, des groupes de discussion et un questionnaire en ligne pour les patients.

Résultats

Au total plus de 600 personnes ont minutieusement rempli l'enquête en ligne, dont environ 300 avec un trajet de soins diabète.

La satisfaction des patient ayant un trajet de soins est grande : 77% est satisfait, 74% se sent mieux soigné et 65 % conseilleraient le trajet de soins à d'autres patients. La principale source d'information sur les TDS est l'éducateur en diabétologie, suivi du médecin spécialiste et enfin le médecin généraliste, tandis que 47% des patients estime que c'est le rôle du médecin généraliste.

Malgré les chiffres de satisfaction élevés il semblait que tant les médecins généralistes que les patients ont besoin de plus d'informations sur les trajets de soins, que l'éducateur en diabétologie n'est pas assez connu et que le médecin généraliste doit être stimulé à assumer son rôle de coordinateur.

De plus la brochure « Votre trajet de soins pas à pas » développée par les associations du diabète est trop peu connue et utilisée.

3. Rapport questionnaire éducateurs en diabétologie en 1^e ligne et centres de convention du diabète (INAMI)

D'octobre à décembre 2012 l'INAMI a interrogé les éducateurs en diabétologie de 1^e ligne et les centres de convention du diabète via 2 questionnaires en ligne distincts.

Le taux de réponse était de 30% pour le questionnaire éducateurs de 1^e ligne et de 60% pour celui des centres de convention du diabète.

Résultats

Les éducateurs sont en général satisfaits du contenu de leur travail, ils sont très motivés et consacrent plus de temps par session d'éducation que la demie heure de prévue. Toutefois il y a également un nombre d'obstacles qui demandent une solution rapide car sinon le risque de décrochage des éducateurs devient réel. Il est indispensable de prévoir plus de temps et une meilleure rémunération par session d'éducation et que les médecins généralistes réfèrent mieux leurs patients vers les éducateurs en diabétologie.

La collaboration entre les centres de convention et les éducateurs de 1^e ligne varie fort selon le contexte locorégional. Dans les zones avec des contacts réguliers entre la 1^e et la 2^e ligne on est satisfait de la collaboration. Mais il y a également des régions avec peu ou pas de contacts. Les RML ont un rôle important en tant que facilitateur de cette collaboration.

4. Réseaux locaux multidisciplinaires

a) Résultats de l'étude de la VUB

Ce projet d'étude courait d' octobre 2012 à juin 2013. Le focus de l'étude était l'organisation des RML, le rôle du promoteur trajets de soins (PTS) et la collaboration avec les services intégrés de soins à domicile (SISD).

L'analyse était transversale et rétrospective : les projets n'ont pas été évalués individuellement et on a fait un retour sur l'expérience. Les résultats de cette étude qualitative ne sont pas statistiquement représentatifs mais ils peuvent néanmoins être généralisés.

La méthodologie est basée sur de l'analyse de documents et des groupes de discussion. Au total 12 groupes de discussion ont été organisés : 6 francophones et 6 néerlandophones. Via les groupes de discussion des problèmes opérationnels ont surgi qui sont repris dans le rapport et qui peuvent être traduits en points d'action pour le futur.

Résultats

L'attitude générale est positive: tous les partenaires désirent continuer les RML et les trajets de soins en conservant l'approche expérimentale bottom-up.

L'INAMI a jusqu'à présent offert un cadre large avec beaucoup de possibilités pour organiser le fonctionnement du RML de manière autonome. La fonction de promoteur trajets de soins a été remplie différemment selon les projets avec l'accent sur la construction d'un réseau ou sur les réalisations concrètes des RML. La fréquence selon laquelle un RML organise des activités de formation et autres ainsi que la satisfaction des dispensateurs de soins peuvent fortement varier. Le modèle de gestion du RML a évolué vers un comité de pilotage multidisciplinaire mais dans les faits il y a peu de collaboration multidisciplinaire au niveau stratégique ou opérationnel et peu de collaboration avec les SISD. Sur le terrain également il y a peu de collaboration multidisciplinaire : celle-ci est plutôt séquentielle avec des références multidisciplinaires, cependant on remarque une évolution favorable de la collaboration dans le temps. Les paramédicaux ressentent des problèmes de collaboration avec les médecins généralistes et il y a parfois des conflits entre les paramédicaux au sujet des rôles et tâches. Dans le futur l'INAMI doit créer un cadre plus clair avec des attentes concrètes quant à la multidisciplinarité, le rôle et les tâches du comité de pilotage et des promoteurs trajets de soins. Dans ce cadre il doit y avoir de la place pour le contexte local.

Les comités de pilotage et le promoteurs demandent du coaching, du soutien et un échange d'expériences soutenus par l'INAMI. Ce coaching peut être associé à une évaluation prospective avec des feedback intermédiaires réguliers.

Les SISD n'ont généralement pas de rôle actif dans le RML à cause d'une délimitation imprécise des tâches et de la concurrence entre RML et SISD .

Conditions accessoires

La promotion des trajets de soins, tant vers les professionnels que vers les patients, reste un point d'attention. Un soutien IT est une importante aide à la collaboration multidisciplinaire et on demande une structure IT intégrée. Les éducateurs en diabétologie demandent une rémunération adéquate en tenant compte de l'administration et des déplacements. Tous les prestataires de soins demandent une simplification administrative.

b) Analyse des rapports annuels RML

L'analyse des rapports RML montre des résultats qui sont fort semblables à ceux de l'étude de la VUB. En 2012 la plus grande partie des comités de pilotage a évolué vers un comité de pilotage multidisciplinaire, seulement 15% est monodisciplinaire. Cependant, en 2012, 32% des comités de pilotage n'a eu aucune réunion multidisciplinaire et 23% une seule réunion.

Deux importantes nouvelles tendances, dont il faudra en tenir compte dans le futur, ressortent des rapports annuels 2012.

1. Fonctionnement plus large

Selon les rapports 2012 une importante proportion des RML a un fonctionnement qui est plus large que les trajets de soins. 48 % des projets néerlandophones et 33% des projets francophones développe des actions plus larges allant d'actions pour tous les patients diabétiques jusqu'à des actions pour d'autres maladies chroniques.

2. Maisons régionales

En 2012 33% des projets a une maison régionale, une maison de 1^e ligne ou une maison du diabète. Dans ces structures des activités paramédicales comme de la diététique, de l'éducation au diabète et de la podologie mais parfois également des consultations psychologiques ou de sevrage tabagique sont organisées pour les patients avec un trajet de soins. Souvent ces activités sont également destinées pour le plus grand groupe de patients diabétiques et parfois même pour des patients avec d'autres maladies chroniques. Ce phénomène continue à s'étendre. Selon les rapports annuels 2012 un nombre d'autres RML se préparait en 2012 à démarrer une maison régionale.

5. Obstacles

Au courant des 4 premières années un nombre d'obstacles ont été résolus en adaptant la réglementation :

- La réglementation pour la prolongation annuelle a été assouplie. La condition de consultation chez le médecin généraliste a été remplacée par un contact : consultation ou visite
- Pour les spécialistes un contact avec un spécialiste autorisé à signer un trajet de soins pour la pathologie concernée entre en ligne de compte pour la prolongation annuelle. Chez les patients ayant un TDS IRC les forfaits dialyse entrent également en ligne de compte pour la prolongation annuelle.
- L'éducation au diabète est autorisée dans le cabinet de l'éducateur en diabétologie à condition que la moitié des sessions d'éducation de départ et les 2 premières sessions soient données au domicile du patient.
- L'application du tiers payant a été simplifiée pour toutes les prestations de diététique et podologie : le diététicien ou podologue ne doit plus introduire de demande individuelle pour le tiers payant aux organismes assureurs.

6. Analyse des données INAMI

Au début des trajets de soins en 2009 le groupe cible du TDS IRC était estimé à environ 7.000 patients et celui du TDS DT 2 à environ 70.000.

De juin 2009 à avril 2013 au total 56.128 contrats trajets de soins ont été conclus : 22.599 TDS IRC et 33.529 TDS DT 2.

Tous les mois de nouveaux TDS sont encore conclus, en 2013 environ 600 TDS DT2 et 400 TDS IRC par mois.

La grande majorité des TDS a été conclue en Flandre mais on remarque une augmentation progressive du nombre de nouveaux TDS en Wallonie et à Bruxelles.

La majorité des patients avec un TDS DT 2 a entre 60 et 75 ans, pour l'IRC la majorité a entre 75 et 84 ans.

De septembre 2009 à avril 2013 au total 94.699 sessions d'éducation ont été données, 75 % étant des sessions d'éducation de départ. Cela signifie qu'en moyenne 2,8 sessions ont été données par patient ayant un TDS DT2.

La majorité des sessions ont été données par des éducateurs en diabétologie infirmiers. 2,8 % des sessions ont été données par des éducateurs en diabétologie non infirmiers.

Un glucomètre a été délivré à 57% des patients ayant un TDS DT2, la majorité par les officines. Seulement 2% des glucomètres a été délivré par d'autres fournisseurs agréés.

Un tensiomètre validé a été délivré à 33% des patients ayant un TDS IRC, la majorité par les officines et seulement 6% par d'autres fournisseurs agréés.

Depuis le début du TDS DT2 on remarque une diminution du nombre de patients en groupe 3A de la convention diabète et une augmentation dans les autres groupes. Il est possible qu'il y ait un déplacement du groupe 3A vers les groupes 1,2 et 3B.

De juin 2009 à avril 2013 au total 2.342 glucomètres ont été délivrés dans le cadre du programme "Education et autogestion": environ la moitié en Flandre, 25% en Wallonie et 25% à Bruxelles.

C. Conclusions et recommandations

Différentes approches ont permis d'évaluer les trajets de soins, identifiant tantôt des points forts tantôt des faiblesses. Plusieurs rapports d'évaluation et différentes parties concernées ont clairement mis en avant le souhait de poursuivre le système des trajets de soins. En outre, les résultats de l'étude ACHIL vont dans le sens d'une certaine efficacité des trajets de soins et en particulier d'une amélioration de la qualité des processus de soins (une meilleure conformité avec les recommandations de bonne pratique). Cette étude ne permet cependant pas encore de se prononcer sur une amélioration de l'état de santé du patient inclus dans un trajet de soins (amélioration de la qualité des soins en termes de résultats). Il faudrait alors prévoir une période d'observation plus longue.

Les résultats de l'évaluation recommandent une poursuite du système des trajets de soins.

En revanche, ils ne prônent pas une extension des trajets de soins à d'autres groupes cibles tant que l'amélioration de la qualité des soins (en termes de processus de soins, en partie, mais surtout en termes de résultats) n'est pas confirmée de façon plus explicite.

Les recommandations disposent que le respect des conditions suivantes est nécessaire à la poursuite des trajets de soins :

1. L'évaluation doit se poursuivre pour confirmer l'amélioration de la qualité des soins, doit être plus performante à l'avenir et être soutenue par une plateforme d'évaluation globale

a) Amélioration et extension de l'évaluation de l'impact sur les processus de soins

Pour améliorer et élargir l'évaluation de l'impact des trajets de soins sur les processus de soins, le dataset AIM et les questions de recherche doivent être affinés :

Identifier tous les spécialistes du TDS diabète (endocrino-diabétologues + spécialistes en médecine interne enregistrés par l'INAMI comme actifs dans un centre de diabète conventionné) et tous les spécialistes du TDS IRC (néphrologues + spécialistes en médecine interne enregistrés comme actifs dans un centre de dialyse) (via le fichier SZV).

Identifier les pratiques de groupe et leurs médecins généralistes enregistrés (via le fichier SZV).

Actualiser la liste des médicaments utilisés dans le traitement du diabète (incrétinomimétiques, inhibiteurs DPP-4, etc.) et de l'IRC (SRAA, etc.).

Intégrer les processus relatifs aux spécialistes

Intégrer les processus relatifs aux centres de diabète conventionnés : forfaits d'éducation au diabète, forfaits de coaching, etc.

Couplage des processus de soins : étudier la multidisciplinarité à travers le couplage des processus de soins et l'intervention des différents dispensateurs de soins, l'impact du suivi multidisciplinaire sur les résultats de processus, etc.

Définir les paramètres des RML et les intégrer dans l'évaluation.

Intégrer des données socio-économiques relatives aux patients afin de pouvoir examiner l'accessibilité et l'équité :

Via la base de données permanente exhaustive de l'AIM des indicateurs d'origine ethnique ou des caractéristiques socio-économiques agrégées, liées au secteur statistique du domicile du patient, peuvent être examinés

On pourrait également étudier quelles données socio-économiques peuvent être livrées via le dossier médical

Demande d'autorisation du comité sectoriel

b) Évaluation détaillée de l'impact sur les résultats cliniques

i. Stimuler les médecins généralistes à fournir des données longitudinales

i. Extension du dataset et meilleure structuration dans le DMI

- données administratives du médecin,
- données administratives TDS
- code CMG,
- identification du patient TDS, NISS du patient,
- identification des résultats de laboratoire (identifiant unique)

Ces spécifications sont prévues dans les critères d'homologation 2013 et les actions sont prévues dans la feuille de route e-Santé

ii. Promouvoir l'extraction de données automatique à partir du DMI

- La retranscription manuelle des données du dossier doit être évitée
- Les médecins doivent pouvoir disposer d'un module d'extraction(ou plug-in) qui permet, sous leur contrôle, d'extraire le set de données demandé . Les médecins décident ensuite quand ils envoient ce set de données ou le téléchargent via l'application web
- Moderniser le format d'exportation : KHMER au lieu de CSV
- Les données cliniques et biologiques des médecins généralistes peuvent être livrées via des collectes de données organisées par le terrain, par exemple via RSW (Inter-med), Abrumet, Vitalink,..

iii. Soutien IT des médecins généralistes pour la transmission

- Soutien pour l'utilisation de l'e-ID : manuel d'utilisation de l'e-ID
- Soutien pour l'utilisation de l'ordinateur : manuel de configuration de l'ordinateur ou mises à jour via les producteurs de logiciels
- Soutien pour la transmission: actualiser le manuel pour la transmissions des données de médecins généralistes et présentation PPT
- Faire appel aux promoteurs des trajets de soins pour informer et soutenir les médecins généralistes à travers la formation, les GLEM, la diffusion du manuel d'enregistrement des données, le PPT
- Helpdesk téléphonique performant à destination des médecins généralistes individuels (eranova, INAMI)
- Mailbox.

iv. Extension du dataset enregistrement manuel

Tant que l'enregistrement manuel sera appliqué, les données transmises doivent comporter au minimum 2 datasets (snapshots).

ii. Extension/ adaptation des paramètres dans le pilier central

Ajouter le paramètre protéinurie pour le TDS IRC comme critère d'inclusion et paramètre clinique important dans le suivi.

Supprimer le paramètre parathormone étant donné que les résultats de laboratoire ne sont pas standardisés.

Ajouter des (nouveaux) paramètres pertinents (paramètres cliniques, paramètres biologiques, diagnostics concomitants, etc.) pour enrichir l'enquête sur la base d'une réflexion au GT Données médicales, en prêtant attention à la surcharge administrative éventuelle pour les médecins généralistes.

Adaptation du contrat TDS et demande d'autorisation au comité sectoriel.

c) Couplage des données du pilier central au pilier AIM

Dans le contexte actuel, l'analyse de la relation entre les processus de soins et les paramètres de résultats fut impossible à réaliser.

Le couplage des données de patients cliniques et biologiques du pilier central aux données de processus des patients du pilier AIM est recommandé .

Adaptation du contrat TDS et demande d'autorisation au comité sectoriel

d) Améliorer la communication aux médecins généralistes en ce qui concerne la collecte des données

Communiquer à temps et clairement aux médecins généralistes pour quelle période ils doivent communiquer quelles données.

Communiquer via le RML et les cercles de médecins généralistes et d'autres canaux comme eHealthbox, les courriers individuels, les communiqués de presse.

e) Continuer à développer des feedback et des cercles de qualité vers les médecins généralistes et les RML

Développer des cercles de qualité est une condition nécessaire pour améliorer en permanence la qualité (Plan, do, check, act), à partir du feedback des médecins généralistes. Pour ce faire, le projet ACHIL ISP en collaboration avec les associations de médecins généralistes, les RML peut être utile.

À l'avenir, cela devrait être possible en permanence via une application web.

f) Élaboration d'une évaluation prospective des RML et feed-back

L'enquête d'évaluation de la VUB met en avant la nécessité d'une évaluation prospective – et non rétrospective – du fonctionnement du RML. En outre, les réseaux multidisciplinaires locaux sont eux-mêmes aussi demandeurs d'une évaluation et d'un feed-back régulier. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre d'une évaluation plus large par une plateforme globale.

g) Plateforme d'évaluation globale

Les trajets de soins sont des interventions complexes qui réclament un large encadrement scientifique.

Un consortium scientifique est créé pour les quatre prochaines années. Ce groupe sera chargé de l'évaluation et du suivi des trajets de soins dans toutes leurs facettes : les processus de soins et les

résultats, le rôle des centres de diabète conventionnés, les structures (RML), la satisfaction des patients, la satisfaction des dispensateurs de soins, les écarts régionaux, etc.

Font partie de ce consortium : l'ISP, l'AIM, les organismes assureurs, les universités, les associations professionnelles, les associations scientifiques, les associations de patients, etc.

h) Projets-pilotes multi-morbidité

Un nouveau modèle de soins chroniques, non lié à une pathologie et tenant compte de la multi-morbidité, est nécessaire. Des projets-pilotes concernant une prise en charge générique de maladies chroniques et tenant compte de la multi-morbidité doivent être développés, dans un cadre restreint et avec des questions de recherche correctes, afin de connaître rapidement la plus-value de ces projets pilotes. La plateforme d'évaluation globale assurera le suivi et l'évaluation de ces projets pilotes.

i) Communication

Une communication structurée est prévue vers les médecins et autres prestataires de soins soulignant l'importance de cette nouvelle intervention qui vaut la peine d'être poursuivie. Les trajets de soins contribuent à l'amélioration de la qualité des processus de soins. Ils sont soutenus par un nouveau modèle, le réseau multidisciplinaire local, où les différents prestataires de soins collaborent. La satisfaction des patients était très grande. La collecte de données des médecins généralistes était une première en Belgique, la qualité des données excellente et les médecins peuvent télécharger leur feedback individuel anonyme via l'application web.

2. Recadrer et renforcer

a) Renforcer le rôle du médecin généraliste : le médecin généraliste est l'initiateur du trajet de soins

Le trajet de soins vise à mettre sur pied des soins multidisciplinaires proactifs planifiés dans lesquels le médecin généraliste occupe un rôle central. Le médecin spécialiste a un rôle de soutien en qualité de coach et dans le cadre des formations. Il faut une fois encore mettre l'accent sur le rôle du médecin généraliste comme initiateur.

b) Insister sur l'objectif visant des soins multidisciplinaires proactifs planifiés

- i. **Collaboration multidisciplinaire** entre les dispensateurs de soins de première ligne à laquelle se greffent un plan de soins partagé, des accords en matière de responsabilité et de tâches et l'intégration de la première et de la deuxième ligne.

Actuellement, on ne peut pas véritablement parler de collaboration multidisciplinaire, mais plutôt de renvoi par série. Dans le futur, il faut évoluer vers une réelle collaboration multidisciplinaire en prévoyant des accords en matière de tâches et de responsabilités et un plan de soins partagé. Il faut améliorer la collaboration entre le médecin généraliste et le spécialiste d'une part, et entre tous les dispensateurs de soins concernés de la première et de la deuxième ligne d'autre part.

Les RML ont un rôle important à y jouer, notamment en organisant les formations et la concertation multidisciplinaires.

Mais la condition à respecter alors est le soutien IT avec un dossier partagé.

Un membre remarque que la collaboration multidisciplinaire existe également dans les pratiques pluridisciplinaires.

ii. **Soutien IT et dossier partagé**

Le « dossier partagé » doit être considéré comme un dossier de coordination qui coordonne des données introduites par différents dispensateurs de soins et utilisées pour le suivi **proactif** d'un patient souffrant d'une **pathologie chronique** par une **équipe multidisciplinaire**. Ces trois conditions sont réunies chez un patient trajet de soins.

Parmi les exemples de dossier partagé dans nos pays voisins, citons VitalHealth KIS (système d'information multidisciplinaire pour le soutien du diabète) aux Pays-Bas et le Diabetes Managed Care Network de Tayside (Écosse). Dans les deux cas, le patient peut également accéder à une partie de son dossier.

En Belgique, Medipath s'est essayé modestement à lancer ce type d'initiative sur une base commerciale.

Un dossier partagé devrait au minimum soutenir les fonctions suivantes :

- La gestion électronique du contrat entre les trois parties, avec notification à l'OA
- La composition de l'équipe multidisciplinaire
- L'élaboration d'un plan de traitement accompagné d'objectifs personnels
- Le partage des données pertinentes entre les membres de l'équipe multidisciplinaire
- Le suivi des actions programmées
- Un tableau de bord qui signale de façon conviviale les écarts de valeurs, les écarts dans la planification, etc. Cette partie devrait être accessible au patient, à titre d'information mais aussi de motivation.

c) **Adapter les critères d'inclusion**

i. **Améliorer les critères d'inclusion de l'IRC**

Si l'on s'en tient aux critères d'inclusion actuels, le groupe cible du TDS IRC est important. Suivant les estimations, il englobe 185 000 patients âgés de plus de 70 ans. L'âge moyen des patients qui ont un TDS IRC est élevé. Comme la maladie connaît une évolution plus lente chez des patients plus âgés, on doit examiner si on peut améliorer les critères d'inclusion en tenant compte d'autres facteurs.

Adaptation des critères d'inclusion via le contrat TDS

ii. **Patients non mobiles et patients séjournant dans des centres de soins résidentiels ou dans d'autres établissements**

Au cours des quatre premières années des TDS, le fait que des patients non mobiles ou des patients séjournant dans des centres de soins résidentiels ou dans d'autres établissements n'ont pas droit à un TDS a fréquemment été évoqué comme étant problématique. Ces patients ont également besoin de soins intégrés et arrivent souvent dans la convention diabète parce qu'ils n'ont pas accès au TDS.

On propose d'assouplir les critères d'inclusion afin que les patients non mobiles aient également droit à un TDS. L'autogestion et la condition d'au moins un contact avec le médecin –spécialiste par an doivent être maintenues.

Les patients non-mobiles et les patients en maison de repos et de soins doivent être inclus dans l'évaluation et comparés dans les 3 systèmes : TDS DT2 , programme « éducation et autogestion » et convention diabète.

Adaptation des critères d'inclusion via le contrat TDS

d) Renforcer le rôle des éducateurs en diabétologie

i. *Simplification administrative*

Différentes sources font apparaître que les éducateurs en diabétologie jouent un rôle clé dans le TDS diabète. Les éducateurs sont très motivés et consacrent énormément de temps à chaque patient, mais cela n'empêche qu'il faut résoudre impérativement plusieurs problèmes. Les acteurs de terrain préviennent : un nombre croissant d'éducateurs en diabétologie renoncent. Il faut adapter la réglementation en prévoyant une prescription plus simple pour le médecin généraliste. Les conditions de travail des éducateurs en diabétologie doivent s'améliorer également : davantage de temps par séance, une meilleure rémunération par séance et permettre l'éducation dans le cabinet de l'éducateur. Voir point 4 a

ii. *Meilleur renvoi des médecins généralistes*

L'enquête réalisée chez les éducateurs en diabétologie et les chiffres de l'INAMI montrent une sous-utilisation de l'éducation. La surcharge administrative pour le médecin généraliste dans la prescription de l'éducation en première ligne doit diminuer à travers une simplification de la prescription (cf. 4a) et un soutien à la prescription dans le DMI .

Le RML et les promoteurs de trajet de soins ont un rôle important à jouer dans l'amélioration du renvoi et de la collaboration entre le médecin généraliste et l'éducateur en diabétologie.

iii. *Meilleure collaboration de la deuxième à la première ligne*

Il faut améliorer la collaboration entre les centres de diabète conventionnés et la première ligne en général, et avec les éducateurs en diabétologie de première ligne en particulier (cf. f) convention diabète).

e) Renforcer le rôle des pharmaciens

L'étude de la VUB fait apparaître que les pharmaciens, bien qu'ils aient été fortement mobilisés par l'association professionnelle, ont besoin de plus d'informations sur les trajets de soins et que leur rôle doit à nouveau être souligné.

Voir également point 4b)

f) Empowerment du patient

i. *Informier en mettant l'accent sur le bénéfice santé*

Une enquête réalisée chez des patients et l'étude de la VUB révèlent que les patients ne sont pas encore suffisamment informés sur le trajet de soins. Des actions doivent être entreprises pour mieux informer les patients en insistant sur les avantages liés au bénéfice santé plutôt qu'en se limitant aux avantages financiers.

La brochure patients "Votre trajet de soins pas à pas" peut être un outil important pour les patients avec un TDS DT2

Cf. « Soutenir » au point 3c.

ii. **Séances d'éducation de groupe**

Les séances d'éducation de groupe ont une plus-value et doivent être remboursées. On pourrait confier au RML la responsabilité d'organiser des séances de groupe. Cf. point 4.

iii. **Accès au dossier partagé**

Le patient doit au moins avoir accès à un tableau de bord, représenté par exemple comme suit :

Zorgoverzicht (12/02/2009)	
Patiënt	
Naam	Vandenborre Kathleen
Nummer	12345678AJ34
Huisarts	Desmedt Els
Geslacht	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> V
Geboortedatum	13-04-1955
Labowaarden	
Lijst	Streefdoelen
HbA1c	8 9 12-09-2008
Totaal cholesterol	250 220 24-02-2009
HDL	40 38 24-02-2009
Triglyceriden	220 350 24-02-2009
GFR	60 74 07-12-2008
Vitale parameters	
Lijst	Streefdoelen
Lengte	187 12-09-2008
Gewicht	87,4 98,6 24-02-2009
BMI	25 28,2 24-02-2009
Systolische BD	140 156 24-02-2009
Diastolische BD	90 94 07-12-2008
Planning	
Lijst	
Kwartaalcontrole	10-02-2009
Educatie	15-03-2009
Controle oftalmoloog	15-12-2008
Controle diabetoloog	15-10-2008
Voetonderzoek	15-06-2008
Leefgewoonten	
Alcoholgebruik	Ja
Roken	Neen
Lichaamsbeweging	Onvoldoende
Therapietrouw	Voldoende
Educatie	Onvoldoende
Medicatie	
Mixtard 30/70	20 IE 's morgens, 20 IE 's av
Selectol	1 tablet per dag
Acenterine	1 tablet 3 x per week

Via des projets pilotes les patients pourraient introduire eux-mêmes des données ou des données de télémonitoring pourraient être téléchargées

g) Convention diabète

i. **Avenir du groupe 3A**

Le TDS DM 2 et le groupe 3A de la convention diabète pourraient continuer à coexister en tant que modèles complémentaires. Il faut examiner le profil des nouveaux patients qui intègrent le groupe 3A et celui des patients du groupe 3A qui n'ont pas adhéré à un TDS.

Des indicateurs relatifs aux patients en groupe A doivent être repris dans l'évaluation

ii. ***Meilleur renvoi de la deuxième à la première ligne***

Selon l'enquête réalisée chez les éducateurs en diabétologie, trop de patients reçoivent une éducation via la deuxième ligne. Les chiffres de l'INAMI montrent que la part des patients recevant une éducation via des centres conventionnés est en recul dans le courant des quatre années.

On observe également un glissement des patients de la convention diabète du groupe 3A vers les groupes 1 et 2. On demandera au Conseil d'accord d'examiner ceci plus en profondeur

Dans les points d'attention, le RML doit veiller à l'amélioration de la collaboration entre les centres de diabètes conventionnés et la première ligne, ainsi qu'au flux de patients.

Il faut également examiner quelles activités de coaching sont organisées par les centres de convention qui facturent des forfaits de coaching.

En outre, il est nécessaire d'informer et de sensibiliser les endocrinologues. Les associations professionnelles et des instances comme le Conseil d'accord ou le Collège des médecins-directeurs peuvent y contribuer.

h) **Modèle médecin généraliste – patient spécifique (hors contexte TDS) dans une phase plus précoce du DM2 avec accès à l'éducation et au matériel**

Dans une phase plus précoce de la maladie également, les patients ont besoin d'une éducation au diabète et parfois de matériel de soins autonomes, s'il existe des études scientifiques démontrant la plus-value de la mise à disposition précoce de ce matériel. Il faut réfléchir à un système dans lequel tous les patients diabétiques ont accès à l'éducation. Un « pré-trajet » pourrait être développé lié à un modèle électronique du passeport du diabète avec un honoraire plus élevé. Dans ce modèle, le médecin généraliste assure le suivi du patient et s'engage à transmettre les données patient par voie électronique pour qu'elles puissent être évaluées. Avec le passeport du diabète, le patient a accès à l'éducation via des sessions individuelles et de groupe. Il faut examiner s'il est efficient d'également donner accès au matériel.

Ce programme intégrerait le programme « Education et autogestion ».

Les RML ont un rôle de soutien pour ce système et il faut réfléchir à un éventuel coaching de la première ligne par la deuxième

Adaptation de la nomenclature passeport du diabète, convention INF – OA et nomenclature de rééducation

3. Soutenir

a) IT

i. ***Promouvoir l'extraction de données automatique à partir du DMI et la transmission de données***

Développer une solution générique pour la transmission de données (s'inscrit dans le cadre des actions de la feuille de route)

Prévoir la possibilité de corriger des données erronées introduites.

Il convient d'améliorer la confirmation d'envoi des données.

ii. ***Dossier électronique partagé avec échange de données et de tâches***

Cf. supra.

Comme le DMG = DMI est prévu comme point d'action 1 dans la feuille de route et comme TDS = DMG, nous pourrions automatiquement l'élargir au TDS = DMI.

iii. ***Transmission électronique du contrat TDS***

La meilleure solution nous semble être la gestion du contrat électronique dans le cadre du dossier partagé (le workflow à parcourir peut y être imposé : ainsi, seul le médecin généraliste peut ouvrir un dossier trajet de soins / le patient signe chez le médecin généraliste / le médecin généraliste désigne le spécialiste dans l'équipe multidisciplinaire et le patient est renvoyé / le spécialiste a accès au dossier du patient étant donné qu'il fait partie de l'équipe multidisciplinaire / il signe le contrat et complète le plan de traitement, les objectifs, etc. comme l'a établi le médecin généraliste / les OA sont notifiés automatiquement).

b) RML

Tous les points d'action relatifs aux RML sont décrits spécifiquement au point 5 RML.

c) Informer sur les TDS : patients et médecins généralistes

Aujourd'hui encore, un grand nombre de patients, de médecins généralistes et de dispensateurs de soins ne connaissent pas – ou pas suffisamment – les trajets de soins. C'est pourquoi il faut continuer à les informer sur l'existence des trajets de soins et sur leur fonctionnement concret. Plutôt que de mettre l'accent sur la « gratuité », il faut mettre en avant les avantages en matière de santé. Différents acteurs sont concernés : les organismes assureurs, les RML, les associations de patients, etc.

La brochure « Votre trajet de soins diabète pas à pas » est un instrument fréquemment utilisé. Il convient d'examiner la nécessité de l'actualiser et de le réimprimer.

d) Formation

i. ***Aspects liés au contenu du TDS***

RML

ii. ***Collaboration multidisciplinaire***

Il est recommandé d'inclure la collaboration multidisciplinaire dans les études de tous les dispensateurs de soins. En outre, l'organisation de formations multidisciplinaire fait également partie des missions du promoteur de trajet de soins.

iii. ***La formation en IT*** peut se dérouler suivant différents canaux

Module de formation « enregistrer dans le DMI » en collaboration avec les associations de médecins généralistes avec accréditation

e-learning : le module e-learning (usage optimal du DMI) est disponible.

4. Simplifier

a) Réglementation

- i. **Éducation au diabète** : 1 type d'éducation avec nombre de séances/an ou intervention forfaitaire/patient/an, revalorisation des prestations d'éducation, autoriser l'éducation de groupe

Le système actuel se compose de 3 modules d'éducation différents qui prévoient chacun un nombre différent de séances par an remboursées, les périodes d'un an différant également suivant qu'elles concernent une période de 12 mois ou une année civile. Les conditions de départ du patient varient selon qu'une éducation a ou non été dispensée précédemment dans le cadre d'un autre système comme la convention diabète ou les soins infirmiers à domicile. Le système est trop complexe pour le patient, l'éducateur en diabétologie et le médecin généraliste prescripteur et doit donc être simplifié. Cette complexité être une des raisons pourquoi l'éducation au diabète est encore trop peu abordée.

Pour parvenir à la simplification, on pourrait définir un seul type de séances d'éducation, en fixant pour chaque patient un même nombre maximum de séances remboursées par année civile quels que soient les antécédents en matière d'éducation. Il faut cependant conserver l'équilibre avec la convention diabète .

Lors des discussions relatives à la simplification, il convient également d'aborder la revalorisation des éducateurs en diabétologie et des prestations d'éducation en prévoyant de meilleurs rémunérations et davantage de temps par séance.

Il faut également réfléchir au remboursement de l'éducation au diabète à partir de l'approbation du contrat ou même pendant une période précédant le début du contrat TDS . Cette possibilité pourrait être envisagée dans les droits du passeport diabète.

Les séances d'éducation en groupe ont une plus-value et doivent être remboursées. Les RML pourraient se voir confier la responsabilité d'organiser des séances de groupe.

Adaptation convention INF – OA, nomenclature de rééducation

- ii. **Autoriser l'éducation au diabète dans les maisons médicales et dans les centres de soins résidentiels**

Les patients ayant un TDS DM 2 inscrits dans une maison médicale ne peuvent actuellement recevoir une éducation au diabète que par un éducateur en diabétologie non infirmier. Ils doivent également avoir accès à l'éducation au diabète dispensée par un éducateur en diabétologie infirmier.

Adaptation du forfait maisons médicales et de l'avenant à la convention nationale entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs

Les patients ayant un TDS DM 2 et séjournant dans un centre de soins résidentiels ne peuvent actuellement recevoir une éducation au diabète que par un éducateur en diabétologie non infirmier. Ils doivent également avoir accès à l'éducation au diabète dispensée par un éducateur en diabétologie infirmier.

Adaptation du forfait maison de repos et de l'avenant à la convention nationale entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs

iii. ***Prolongation annuelle et avantages sur la base des critères de contenu plutôt que sur la base des critères administratifs***

La prolongation annuelle actuelle sur la base d'un contrôle des critères administratifs (contacts avec le médecin généraliste et le spécialiste) peut à l'avenir évoluer vers un système où la prolongation annuelle se fait en partant de la transmission des données par le médecin généraliste. Au moment de la transmission annuelle des données, un signal devrait partir vers les OA.

Un membre du Comité d'accompagnement propose de remplacer la condition de consultation chez le médecin spécialiste par une consultation électronique annuelle de spécialiste.

iv. ***Programme éducation et autogestion***

L'étude ACHIL laisse supposer un moins bon suivi des processus de soins chez les patients repris dans ce programme que chez les patients en TDS ou convention diabète. Les données INAMI montrent que le programme est relativement peu utilisé : pendant cette première période de 4 ans 2.342 glucomètre ont été délivrés.

Ce programme pourrait être repris dans le « pretrajet ». Voir point 2 h

v. ***Réglementation unique***

L'approche multidisciplinaire de terrain doit à terme se baser sur une réglementation unique et être approuvée par un organe décisionnel multidisciplinaire unique au sein duquel siègent des représentants de tous les dispensateurs de soins à savoir : des membres de la CNMM, de la CC INF-OA, de la CC pharmaciens-OA, du Conseil d'accord, de la Commission des maisons médicales, de la Commission des centres de soins résidentiels, du Collège des médecins-directeurs.

Une plate-forme plus large est nécessaire comme le Comité d'accompagnement avec un statut plus clair et des possibilités d'avis, éventuellement avec avis de l'Observatoire maladies chroniques

b) Prescription de matériel d'autogestion

Simplifier la prescription de matériel : matériel du programme « Education et autogestion » pour un an, matériel de TDS DM 2 pour six mois, glucomètre, renouvellement du glucomètre et intégration de la prescription de TDS dans le logiciel DMI

Examiner si plus de tiges peuvent être remboursées pour certains patients

Préciser le rôle du pharmacien et sensibiliser les pharmaciens via les associations de pharmaciens

Informers, former les médecins généralistes via le PTS.

Adaptation des AR sur les dispositifs médicaux

c) Prescription de médicaments

Simplifier la prescription de médicaments CH IV pour les patients en dialyse. La mention sur la prescription que le patient est en dialyse suffit pour les groupes de médicaments pour lesquels antérieurement, pour chaque médicament séparément, une autorisation préalable était requise (en analogie avec la mention DC pour les patients diabétiques en convention)

d) Contrat trajet de soins

- i. ***Informatiser le transfert du contrat*** à l'OA notification à partir du dossier partagé :
Cf. supra : le contrat électronique est géré dans le dossier partagé : les OA reçoivent une notification automatique à partir de ce dossier.

- ii. ***Adapter le contrat sur le fond***
 - i. Insérer dans le contrat la transmission des données par le médecin généraliste
 - ii. Insérer dans le contrat l'extension des paramètres cliniques et biologiques (ajout de la protéinurie, etc.)

- iii. ***Règles en cas de non transmission des données par les médecins généralistes***
Aucune règle n'est prévue en cas de non transmission des données. Les règles ou sanctions doivent être fixées avant le démarrage d'une nouvelle collecte de données: il sera mis fin au TDS si aucune donnée n'a été transmise.

Adaptation de l'AR sur les trajets de soins et du contrat

5. RML

Préalable : vu le transfert de compétences de l'organisation de la première lignes vers les communautés , il est important de poursuivre la réflexion sur l'articulation optimale des diverses structures existantes (SISD, Sel's , Centres de coordination,) avec le RML .

a) Recadrer

Après une première phase expérimentale de quatre ans, il est nécessaire de recadrer le programme et d'affiner les attentes des porteurs du projet.

Dans leur demande de nouvelle convention pour 2014, les RML doivent introduire un nouveau plan d'action qui comprend un plan d'activités par phases décrivant en détail les tâches du groupe de pilotage et du promoteur de trajet de soins.

i. **Actualiser les objectifs du RML**

Le RML a pour objectif de soutenir les dispensateurs de soins dans l'implémentation des trajets de soins et dans le développement d'un réseau multidisciplinaire de première ligne. L'étude d'évaluation de la VUB montre que certains RML limitent leurs activités à un seul des deux aspects. Dans le futur, chaque RML doit travailler en respectant ces deux axes et les transposer concrètement dans le nouveau plan d'action.

ii. **Rôle actif du RML dans l'amélioration des résultats**

Le RML peut jouer un rôle actif dans l'amélioration des résultats en participant au monitoring du nombre de TDS, des indicateurs de processus et de résultat et en transmettant un feed-back aux dispensateurs de soins

iii. **Rôle et composition du groupe de direction, multidisciplinarité, collaboration avec les SISD**

L'étude d'évaluation révèle que certains groupes de direction ne sont pas ou peu actifs et que leur composition multidisciplinaire est régulièrement pro forma. Les SISD sont très peu impliqués dans le groupe de direction. Les groupes de direction doivent être activés, adopter une vision et une composition multidisciplinaires et associer les SISD.

iv. **Préciser le rôle et les missions du PTS**

Il faut préciser le rôle et les missions du PTS. Les PTS assument notamment une responsabilité dans le suivi des données de processus des médecins généralistes et remplissent un rôle plus actif dans le feed-back

v. **Directives sur les activités multidisciplinaires en matière de formation et de concertation**

Le PTS est responsable de l'organisation d'activités de formation traitant des aspects de fond des trajets de soins et de la collaboration multidisciplinaire pour les médecins généralistes et les autres groupes professionnels concernés. Sur le terrain, la réalisation de ces tâches présente une très grande variation suivant le RML. Des directives devraient être formulées.

vi. **Réglementation relative aux frais de fonctionnement, standardisation/au plafonnement des frais de fonctionnement**

Utiliser le financement pour d'autres finalités doit le plus possible être limité. Les nouvelles conventions 2014 avec les RML doivent préciser au maximum quels frais de fonctionnement sont permis et lesquels ne le sont pas.

Nouvelle convention RML

vii. ***Avenir des autres initiatives liées aux soins chroniques et aux maisons régionales***

La réalité de terrain montre qu'une part importante des RML développent d'autres initiatives liées aux soins chroniques. En 2012, 33 % des RML comptaient une maison régionale dans laquelle sont organisées des activités avec du personnel paramédical à destination d'un groupe cible parfois plus large que celui des patients TDS. Les initiatives apportent des réponses aux besoins concrets du terrain mais elles ne peuvent avoir pour conséquence un déplacement des objectifs. Ces initiatives ne peuvent pas avoir priorité sur les TDS.

Les RML ont un rôle dans le soutien tant des trajets de soins que d'autres maladies chroniques, mais d'autres initiatives pour des maladies chroniques ne peuvent devenir prioritaires par rapport aux TDS.

Toutes les activités doivent figurer en détail dans le plan d'action.

b) Soutenir

i. ***Soutien et coaching du groupe de direction***

ii. ***Soutien et coaching du PTS***

iii. ***Échanges d'expériences entre les projets***

Le rapport d'évaluation de la VUB et les contacts avec les membres du groupe de direction des RML et des PTS montrent que les membres du groupe de direction et les PTS ont tous deux besoin d'un soutien et d'un coaching professionnels. Ils sont également demandeurs de la création d'une plateforme d'échange d'expériences entre les projets.

Ce coaching peut être délégué à une ou plusieurs instances. Un pourcentage du budget des RML pourrait y être affecté.

iv. ***IT : accès limité au dossier électronique partagé pour le monitoring***

Les promoteurs de trajet de soins pourraient avoir accès au dossier partagé pour le monitoring et les objectifs de planning. Cela est tout à fait possible sans qu'ils n'aient accès aux données médicales. Les listes de dispensateurs de soins (nécessaires pour pouvoir composer une équipe multidisciplinaire) peuvent être gérées par les promoteurs de trajet de soins.

c) Évaluation : élaborer une évaluation et un feed-back prospectifs

La nécessité d'évaluer le fonctionnement des RML de manière prospective a déjà été évoquée. Les réseaux multidisciplinaires locaux sont eux-mêmes aussi demandeurs d'une évaluation et d'un feed-back réguliers.

Cette évaluation sera une des tâches dont se chargera la plateforme d'évaluation globale.

d) Communication : promouvoir le TDS auprès des dispensateurs de soins et des patients

Les TDS restent méconnus des dispensateurs de soins et des patients. Aussi la promotion reste-t-elle une tâche du PTS. Dans la promotion, l'accent doit plutôt être mis sur les bénéfices en matière de santé plutôt que sur les interventions majorées.

D. Annexes

1. Trajets de soin diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique : évaluation de l'impact sur les processus et les résultats (ACHIL-ISP)
2. Evaluation de la satisfaction des patients et de de la perception des expériences vécues (ABD-VDV et FRB)
3. Rapport questionnaire éducateurs en diabétologie en 1^e ligne et centres de convention du diabète (INAMI)
4. Réseaux locaux multidisciplinaires : Résultats de l'étude de la VUB