

# Le médecin généraliste en première ligne : le trajet de soins diabète

## *General practitioner and care procedure for diabetes*

**M. Schetgen**

D.M.G.-ULB

### RESUME

*Le trajet de soins pour diabétique de type 2 a démarré en 2009 en Belgique. Un contrat triangulaire peut être conclu entre certains patients, leur généraliste et leur diabétologue ou interniste afin d'améliorer la prise en charge du diabète, favoriser la communication entre les différents acteurs de soins et stimuler la participation active et l'auto-évaluation du patient. Les équipes de soins sont complétées par des éducateurs, des diététiciens et des podologues. Des incitants financiers ont été mis en place tant pour les patients que pour les médecins. Une évaluation globale est prévue en 2012.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 386-9*

### ABSTRACT

*A care procedure for type 2 diabetics was set up in Belgium in 2009. A three-way contract can be concluded between some patients, their general practitioner and their diabetologist to improve support, to promote communication among the care givers and to stimulate the patients' active participation and self-evaluation. The care teams are backed up by instructors, dieticians and podologists. Financial incentives have been set up for the patients as well as for the doctors. A global evaluation will take place in 2012.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 386-9*

*Key words : care procedure, diabetes, general practitioner*

Après de nombreuses années de réflexion et de concertation, deux trajets de soins ont été mis en place en Belgique en 2009<sup>1</sup>. Le premier destiné aux insuffisants rénaux chroniques et le second aux diabétiques de type 2.

Le but essentiel de ces trajets de soins est l'amélioration de la qualité de la prise en charge de certaines pathologies chroniques, en particulier par l'amélioration de la collaboration des différents acteurs de santé et par la participation plus active des patients eux-mêmes, mieux éduqués et capables de s'autogérer partiellement. Pour ce faire, on tentera tout d'abord de préciser sur base de l'*Evidence Based Medicine*, la prise en charge optimale en définissant les acteurs à intégrer et la fréquence des contacts nécessaires, les cibles thérapeutiques, les paramètres à surveiller et les éventuelles mesures d'accompagnement.

Tout projet impliquera par ailleurs un enregistrement des données pour réaliser une évaluation régulière et efficace.

Ces soins intégrés, basés sur les preuves,

devraient être une garantie de qualité et renforcer structurellement la première ligne et le rôle central du généraliste. Ce rôle est symbolisé par le dossier médical global (DMG), outil nécessaire et par ailleurs obligatoire pour la gestion de ces trajets de soins.

L'informatisation des dossiers optimisera sans aucun doute cette gestion, en favorisant entre autres le suivi des cibles thérapeutiques mais aussi l'échange de l'information entre les différents acteurs de soins.

Le diabète de type 2 se prête particulièrement bien à ce type de prise en charge<sup>2-4</sup>. Rappelons que la prévalence est de 3 à 5 % en Belgique, ce qui représente ± 450.000 patients diabétiques et que, selon diverses études, 50 % ne seraient pas diagnostiqués ! Rappelons aussi que la prévalence augmente avec l'âge, le surpoids et la sédentarité.

Dans ce cadre, les objectifs du trajet de soins seront multiples. Il faudra tout d'abord favoriser la compréhension de la maladie par le patient et le motiver, lui et sa famille, à une prise en charge thérapeutique optimale et à d'éventuels changements

de style de vie. On évoquera ainsi la consommation d'alcool et de tabac, l'alimentation, le poids et l'activité physique. On intégrera ainsi dès le départ les autres éléments de risque cardiovasculaire, en favorisant une prise en charge globale. Les objectifs thérapeutiques concernant la glycémie, les lipides, la tension artérielle seront précisés et les mesures à prendre pour éviter les risques de thrombose ou les infections seront enseignées. Les vaccinations contre la grippe et les infections à pneumocoques seront proposées.

Rappelons qu'en matière de tension artérielle, on cherchera à ne pas dépasser 130 mmHg de tension systolique et que la glycémie sera contrôlée via l'HbA1c 4 fois par an avec un objectif biologique inférieur à 7. En dehors des lipides, en particulier le cholestérol, on contrôlera également la créatinine et l'éventuelle présence d'une microalbuminurie, pour détecter rapidement d'éventuelles complications rénales. On tentera également de repérer systématiquement d'autres complications dans les sphères cardiaques, vasculaires, neurologiques, ophtalmologiques ou sexuelles. Des anamnèses et des examens physiques complets et systématiques seront dès lors réalisés. Une attention particulière sera apportée à l'examen des pieds, pour tester entre autres les sphères vasculaires et neurologiques, mais aussi pour éduquer le patient à une hygiène et à des soins adaptés.

Comme on peut le constater, le trajet de soins ne tente pas de "réinventer l'eau chaude" mais systématise de manière plus rigoureuse la prise en charge.

Tous les diabétiques ne sont pas concernés par les trajets de soins. Tout d'abord, ne peuvent être inclus que des diabétiques de type 2, en excluant toutefois les femmes enceintes. Ensuite, le traitement du patient devra comporter une ou maximum deux injections quotidiennes d'insuline ou un analogue du GLP-1 (*Glucagon-like peptide 1*). Pourront également être inclus les patients insuffisamment contrôlés par un traitement oral "maximal" et qui nécessitent le passage à un tel traitement insulinaire. En se référant aux études épidémiologiques belges, cela devrait représenter un peu plus de 70.000 patients répondant aux critères d'inclusion. Les trajets de soins ne peuvent par ailleurs être entamés que lors d'une consultation, excluant *de facto* les patients incapable de se déplacer, comme par exemple ceux vivant en maisons de repos.

L'inclusion n'est évidemment pas une obligation et devra être jugée au cas par cas avec le patient. Ses capacités d'observance, sa volonté d'autogestion ou encore les difficultés d'atteindre des objectifs raisonnables devront être évaluées. Notons que l'accord médico-mutualiste prévoit la possibilité de traiter hors trajet de soins, tout en faisant profiter le patient de certains avantages tels que le remboursement du glucomètre et d'un certain nombre de tiges, pour autant que le patient atteigne un objectif inférieur à 7,5 d'HbA1c après un an de traitement insulinaire.

Le creuset central des trajets de soins comprend un engagement et donc un contrat entre les trois principaux acteurs, à savoir le patient, son généraliste et un endocrinologue ou un interniste général. Ce contrat, qui précise les engagements respectifs de ces trois acteurs, devra être signé par chacun d'entre eux. Il comporte les données administratives du patient et explicite les avantages qui lui seront accordés. Il comprend également un accord du patient sur la collecte des données et les coordonnées, y compris bancaires, des médecins impliqués. Si on le souhaite, on peut également y identifier les autres acteurs impliqués tels que l'éducateur, le diététicien ou le podologue. La date de début de contrat correspond à la date de réception de celui-ci par l'organisme assureur. En pratique, après information et discussion avec le patient, le contrat sera signé dans un premier temps par le patient et son médecin traitant et ensuite cosigné par le diabétologue lors de la première visite chez ce dernier, avant d'être envoyé au médecin conseil de la mutuelle. Rappelons que le trajet de soins doit être associé obligatoirement à un DMG. Toutefois l'ouverture d'un tel DMG peut se faire *a posteriori*, au plus tard dans l'année qui suit la signature du contrat.

Les avantages d'un tel contrat pour le patient sont nombreux. Il implique tout d'abord le remboursement total de toutes les consultations chez le généraliste qui a conclu le trajet ou un autre généraliste d'une pratique de groupe enregistrée ou officialisée dans le cadre du fonds Impulseo 2. Le remboursement est également total pour les consultations chez le spécialiste signataire. Ensuite, le patient aura accès gratuitement au matériel d'auto-surveillance, à savoir un glucomètre et les tiges. Il aura également un accès à une "éducation" active via l'éducateur en diabétologie et à des soins spécifiques en diététique et podologie. En contrepartie, le patient s'engage d'une part à consulter au minimum deux fois par an son généraliste et une fois par an son diabétologue et d'autre part à être suivi à certains moments clés de la prise en charge par l'éducateur. Celui-ci interviendra d'office au début du trajet, lors du passage de 1 à 2 injections quotidiennes et également au cas où l'HbA1c resterait supérieure à 7,5. Le médecin pourra prescrire 5 sessions d'une demi-heure la première année, puis 2 par an à partir de la 2<sup>ème</sup> année. Ces éducateurs sont essentiellement des infirmiers ayant obligatoirement suivi une formation complémentaire spécifique de 150 heures. Les coordonnées des éducateurs en diabétologie sont disponibles sur le site de l'INAMI. Actuellement, les éducateurs de 1<sup>ère</sup> ligne manquent dans certaines régions et on peut dès lors faire appel aux éducateurs de la 2<sup>ème</sup> ligne. Pour obtenir son glucomètre et les tiges, le patient devra présenter au pharmacien non seulement une prescription du médecin, valable 6 mois, avec la mention "Trajets de soins" mais aussi un formulaire de l'éducateur attestant au minimum d'une consultation et comprenant entre autres le type de glucomètre conseillé. Ce dernier pourra être renouvelé tous les 3 ans. La prescription des tiges devra être renouvelée tous les 6 mois et éventuellement à

nouveau accompagnée d'un rapport de l'éducateur si le patient est passé d'une à deux injections d'insuline par jour ou si l'HbA1c est restée supérieure à 7,5.

Le patient a également droit à 2 séances gratuites de 30 minutes de conseils diététiques par an par un diététicien agréé et à 2 séances de 45 minutes de conseils podologiques. L'ensemble de ces séances seront prescrites par le médecin avec la mention "Trajets de soins".

Grâce à ces différentes mesures éducatives et d'auto-évaluation, on souhaite que le patient participe plus activement à la prise en charge de son diabète et à la prévention des éventuelles complications. C'est là un des éléments clés de ce trajet de soins, qui devrait permettre une meilleure gestion de la maladie et de meilleurs résultats en matière d'équilibre glycémique.

Le généraliste, de son côté, s'engage à établir le planning, le suivi et la coordination du plan de soins tout en travaillant en partenariat avec l'endocrinologue et les autres dispensateurs de soins. C'est également lui qui se chargera de l'envoi des données permettant une évaluation du projet. La concertation et la communication avec ceux-ci est la deuxième clé du trajet de soins. Le généraliste et le spécialiste seront rémunérés à hauteur de 80 € par an et par trajet de soins. L'endocrinologue s'engage également à une collaboration active et à un soutien permanent à l'ensemble des acteurs, tout en renvoyant régulièrement le patient vers la première ligne.

Pour soutenir tous ces acteurs, y compris le patient, on a mis en place parallèlement des réseaux multidisciplinaires, coordonnés par les cercles de généralistes en collaboration avec les Services Intégrés de Soins à Domicile. Ces réseaux soutiennent l'opérationnalisation des trajets au niveau local en soutenant plus particulièrement le patient et le généraliste, en facilitant la communication entre les acteurs, en recherchant les priorités locales et en organisant la disponibilité de l'éducation et du matériel d'autosurveillance. Chaque cercle de généralistes pourra signer une convention avec le Comité de l'Assurance, pour autant qu'il couvre une zone de minimum 75.000 habitants. Les plus petits cercles peuvent bien entendu se regrouper pour signer cette convention qui permettra de financer un gestionnaire de réseau, assurant l'ensemble du travail administratif.

Ces réseaux aideront également le généraliste à transmettre les données qui permettront une évaluation objective au plus tard en 2012. Quatre données de chaque patient seront transmises à l'Institut scientifique de la santé publique, à savoir le BMI, l'HbA1c, le LDL cholestérol et la tension artérielle.

La prolongation du trajet de soins se fait automatiquement au cours de la 2<sup>ème</sup> année. La 3<sup>ème</sup> année, il sera prolongé à condition que le patient possède un DMG et qu'il ait consulté au minimum deux fois son généraliste au cours de la 1<sup>ère</sup> année. La

prolongation au cours de la 4<sup>ème</sup> année se fera aux mêmes conditions mais le patient devra avoir consulté au moins une fois l'endocrinologue au cours de la 2<sup>ème</sup> année. Le patient peut bien sûr changer de généraliste ou de diabétologue en cours de trajet. Dans ce cas, le trajet de soins conclu avec le nouveau partenaire interrompt le trajet précédent à la date anniversaire. Enfin, il va de soi qu'un même patient peut actuellement cumuler un trajet de soins diabète et un trajet insuffisance rénale.

Ce trajet de soins "insuffisance rénale chronique" qui a démarré au 1<sup>er</sup> juin 2009 est basé sur les mêmes principes de collaboration triangulaire entre le patient, le généraliste et le néphrologue. Un matériel d'auto-évaluation de la tension artérielle est fourni gratuitement, de même que des séances de conseils diététiques. D'autres projets sont en cours concernant des pathologies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque ou la BPCO. L'intention des autorités est toutefois d'évaluer d'abord les deux premiers trajets avant d'en mettre d'autres en place.

L'Ordre des Médecins a émis en avril 2010 un avis sur les aspects déontologiques liés aux trajets de soins<sup>5</sup>. Il a évoqué en particulier la nécessité de veiller au secret médical et au respect de la vie privée lors de la transmission des données, pourtant nécessaire pour assurer une évaluation objective. Il attire aussi l'attention sur l'inégalité d'une part entre les patients à domicile, ne pouvant bénéficier d'un trajet, et ceux se rendant à la consultation et d'autre part entre ceux engagés dans un trajet et ceux pris en charge dans un centre de référence et n'ayant dès lors pas droit à des consultations gratuites. Il va de soi que ces inégalités devront être aplanies, même s'il est prévu que les patients qui seraient amenés à quitter le trajet, suite à une intensification de leur traitement, gardent leurs privilèges liés à ces trajets.

Malgré les critiques qui devront sans aucun doute être analysées et évaluées, les trajets de soins constituent un véritable projet pilote à grande échelle, permettant peut-être d'améliorer la prise en charge et la santé d'un certain nombre de patients chroniques. Dans cette optique, il mérite d'être développé et évalué au cours des prochaines années. A court terme, on peut espérer qu'il améliore la collaboration entre les différents acteurs de soins et qu'il conforte la place centrale du généraliste dans la prise en charge des pathologies chroniques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/tdszt/index.htm>
2. Daubresse JC : Le traitement du diabète de type 2. Rev Med Brux 2004 ; 25 : 22-8
3. Goldberg RB, Hofman R, Drucker DJ : Management of type 2 diabetes. N Engl J Med 2008 ; 358 : 293
4. Chevalier P : Diabète de type 2 récent : autocontrôle glycémique. Minerva 2009 ; 8 : 90-1

5. <http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/aspects-deontologiques-des-trajets-de-soins>

**Correspondance et tirés à part :**

M. SCHETGEN  
Place Communale 27  
1630 Linkebeek  
E-mail : mafraco@hotmail.com

Travail reçu le 20 mai 2010 ; accepté dans sa version définitive le 28 juin 2010.