

Le pré-trajet diabète inscrit dans le DMI

L'accord médico-mut 2016-2017 a scellé la disparition du passeport diabétique au 1^{er} février de cette année. Le détenteur d'un passeport peut encore l'utiliser jusque fin 2017.

Mais pour les nouveaux patients diabétiques de type 2 – qui suivent un régime ou prennent des médicaments par voie orale – c'est le pré-trajet diabète qui prévaut désormais. Le généraliste pourra bientôt facilement utiliser ce modèle de soins via le dossier médical électronique.



Le généraliste détenteur du DMG doit, via le DMI, effectuer une sélection des patients qui peuvent entrer dans un pré-trajet. Il peut acter le pré-trajet diabète via le numéro de nomenclature 102852 et se verra gratifier d'une indemnisation annuelle de 20 euros. Le demandeur doit pour chaque patient donner la date de commencement du pré-trajet. A partir de ce moment, il devra enregistrer une série de paramètres cliniques et biologiques en respectant le modèle de soins «suivi du patient avec diabète de type 2».

Ensuite, le généraliste doit examiner avec le patient des objectifs individuels et les indiquer dans le DMG/DME, par exemple une diminution du poids ou une valeur limite de HbA1c. Le patient bénéficie du remboursement d'une évaluation diététique individuelle et/ou intervention, maximum 2 fois par an. Les patients à risque ont également droit à 2 consultations chez le podologue.

Collaboration intégrée

L'objectif est d'arriver à mettre en place, en 2017 une collaboration intégrée entre les prestataires de soins en privilégiant l'éducation et les conseils sur l'activité physique. En 2017, une transmission des données anonymisées, depuis le DMI, vers la plateforme eHealth sera organisée afin d'évaluer l'impact du pré-trajet sur la qualité des soins. «*Cette transmission des données s'effectuera en respectant le principe du only-once, commente le Dr Reiner Hueting (Cartel/ASGB). Si vous avez enregistré correctement les données dans le DME, vous ne devez pas les réintroduire une deuxième fois. On parle donc d'une extraction automatique des données, mais en tant que propriétaire du DMG, vous décidez activement de la transmission. Ce n'est pas comme si une institution externe pouvait sournoisement s'introduire dans votre ordinateur. De nombreux généralistes ont peur de ce risque d'intrusion mais le système ne fonctionne pas comme cela. La première*

récolte de données ne permettra pas d'obtenir des données scientifiques. Il s'agit d'une mesure de référence. Mais c'est tout de même une étape passionnante: si l'extraction automatique de données fonctionne, cela pourrait servir pour d'autres applications, par exemple, eForms.»

La médico-mut a approuvé une *check-list* électronique qui doit, à partir du DMI, aider le généraliste à enregistrer au moment opportun les bonnes données et à prendre les mesures prévues pour un patient qui suit le pré-trajet diabète. Les producteurs de logiciels sont prêts à les adapter. L'objectif est que les médecins puissent, à partir du second semestre de cette année, encoder les données nécessaires dans leur DMI. Les patients des médecins qui ne sont pas informatisés ont également accès au pré-trajet. Dans ce cas, l'Inami va probablement demander de fournir les données via une application internet en développement. La déclaration ne pourra plus se faire au format «papier».

Lors de la médico-mut, le GBO a particulièrement insisté sur le principe du *only once* et sur la nécessité d'un enregistrement via une procédure la plus simple possible et automatique via le DMI.

Partage du gâteau

Paul De Munck, président du GBO, souligne que les discussions sur la prise en charge optimale du diabète font apparaître des tensions quant au partage du budget de 8 millions d'euros entre les différents professionnels de santé. «*Il n'y a pas encore d'accord à ce sujet. Tout le monde veut avoir une part de ce budget, y compris les pharmaciens qui déclarent s'occuper de la compliance au traitement et suivre les indications.*» ■

Michèle Langendries/V.C.

Cadre pour les soins non programmés

Le Comité de l'assurance de l'Inami a approuvé début mai un cadre pour baliser les discussions sur les soins non-programmés entre les responsables des cercles de médecine générale, les services de garde de médecine générale, les services d'urgence et les autorités. Ce document a été présenté à la médico-mut lundi dernier. Il permettra d'avancer dans ce dossier délicat, entre autres au niveau de la reconnaissance des nouveaux postes de garde.

A ce sujet, lors de la récente médico-mut, l'Absym a posé la question de la représentativité d'AADM en tant que structure faitière des postes de garde. Faut-il verser l'argent pour la coordination régionale de ces postes à Domus Medica (la faitière), à AADM (le syndicat), au Kringloket (équivalent du Fag) ou à l'association *Wachtposten Vlaanderen*? Du côté wallon, c'est relativement simple, l'interlocuteur est le Fag. «*Le problème vient du fait que l'asbl Wachtposten Vlaanderen ne représente pas les cercles de MG et la garde de médecine générale dans*

son intégralité et que le Kringloket n'a pas de personnalité juridique, explique Paul De Munck, président du GBO. *Il y a un souci pour bien identifier l'interlocuteur à qui il faut verser le financement du coordinateur régional. En outre, du côté francophone, il y a une coupole qui réunit la SSMG, le Fag et les deux syndicats médicaux. Ce type de faitière n'existe pas en Flandre.*» Lors de la réunion, l'Inami n'a pas pu apporter de réponse au questionnement sur le manque de transparence. Une solution devra être trouvée. ■
V.C.